DIAGNOSTIC

DES

MALADIES DE LA HANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE AU CONCOURS POUR L'AGRÉGATION

(SECTION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENT)

ET SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, LE 2 JUIN 1869

PAR

LE Dr E. NICAISE

PROSECTEUR DES HOPITAUX.

PARIS

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET JEUNE ET LABÉ

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Place de l'École-de-Médecine

1869

Paris. — Imprimerie de Cusset et Cᵉ, 26, rue Racine.

AVANT-PROPOS.

« La science du diagnostic tient le premier rang entre « toutes les parties de l'art, et en est la plus utile et la plus « difficile. Le discernement du caractère propre de chaque « genre de maladies et de ses différentes espèces est la « source des indications curatives. Sans un diagnostic « exact et précis, la théorie est toujours en défaut et la « pratique souvent infidèle (1). »

La difficulté que Louis signale, dans les quelques lignes que nous venons de citer, s'augmente encore lorsqu'il s'agit du diagnostic des maladies de la hanche.

En premier lieu, parce que cette région n'ayant point de limites naturelles, est étroitement liée à des régions voisines, dont les maladies offrent des symptômes qui pourraient être confondus avec ceux des maladies de la hanche.

En second lieu, à cause des difficultés que présente l'exa-

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. V, 1819, p. 1.

men chirurgical d'une région où des parties molles recouvrent profondément les parties le plus souvent et le plus grièvement lésées.

Notre tâche a été facilitée par les importants travaux de J. L. Petit, Sabatier, Brodie, Rust, Boyer, Bérard, Larrey, Malgaigne, Parise, Bonnet; de MM. Laugier, Gosselin, J. Guérin, Maisonneuve, Marjolin, Giraldès, Verneuil, Ollier, Valette, Labbé, Philipeaux, etc., etc.

Nous devons beaucoup en particulier à Bonnet, qui, le premier, a donné une description générale des maladies de la hanche; à l'école de Lyon, qui a recueilli et continué sa tradition; enfin aux travaux de la Société de Chirurgie, dans laquelle nos maîtres apportent les résultats précieux de leur expérience personnelle, et dont les savantes discussions font naître des idées nouvelles qui servent au progrès de la science.

En nous servant des travaux importants que nous venons de signaler, des monographies qui ont paru en France et à l'étranger, des observations publiées dans les recueils périodiques ou qui se sont produites dans les sociétés savantes, nous avons essayé de donner une classification générale des diverses maladies de la hanche, et de mettre en relief les caractères spéciaux qui distinguent chacune d'elles.

Nous avons dû commencer par quelques considérations anatomiques et physiologiques sur la région de la hanche, préliminaire indispensable de toute étude de ces maladies. Puis nous avons exposé les symptômes communs à la plupart de ces affections avant d'entrer dans le détail de chacune d'elles, ce qui nous a permis tout à la fois de grouper dans une même catégorie les caractères généraux des maladies de cette région, de prévenir les erreurs d'interpré-

tation auxquelles pouvait donner lieu un examen superficiel des malades, et de dégager ce qui pourrait obscurcir le diagnostic particulier de chaque maladie spéciale.

Nous avons cru devoir établir la division des maladies de la hanche, non d'après leur siége, selon qu'elles occupaient les parties molles, les os ou l'articulation (ce qui, dans beaucoup de cas, aurait amené des confusions et des répétitions); mais d'après la nature même des maladies, ce qui nous a permis de les classer en quatre groupes bien distincts, et dont chacun offre des caractères bien tranchés qui servent de base au diagnostic :

1° Maladies traumatiques;
2° Maladies inflammatoires;
3° Maladie nerveuse;
4° Difformités.

Nous avons réuni dans ce dernier groupe des lésions qui sont plutôt des infirmités que des maladies, mais qui, faute d'un diagnostic exact, pourraient provoquer un traitement ou dangereux, ou tout au moins inutile.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous avons traité de quelques cas exceptionnels qui ne pouvaient rentrer dans aucune des divisions régulières que nous avons tracées.

On verra, dans le cours de ce travail, que nous avons particulièrement cherché à distinguer de la coxalgie plusieurs maladies qui avaient été décrites avec elle, à isoler la contracture hystérique de la hanche des autres contractures symptomatiques de la même région.

De plus nous avons insisté, dans l'étude des diverses lésions de la hanche, sur les symptômes fournis par les maladies du grand trochanter.

Après avoir exposé les signes diagnostiques de chaque maladie et de ses variétés, nous avons eu soin de la distinguer des maladies étrangères à la région qui offraient des symptômes analogues. Quant aux autres maladies de la hanche avec lesquelles on pouvait la confondre, nous avons dû nous borner à les indiquer, puisque chacune d'elles se trouvait exposée en détail à la place qui lui était assignée.

DIAGNOSTIC

DES MALADIES DE LA HANCHE

PREMIÈRE PARTIE.

ANATOMIE CHIRURGICALE ET PHYSIOLOGIE DE LA HANCHE.

Qu'est-ce que la *Hanche?*

Les ouvrages d'anatomie chirurgicale comprennent sous cette dénomination commune les régions fessière, inguino-crurale, ischio-pubienne et l'articulation coxo-fémorale; telle est la définition donnée par Velpeau, Malgaigne, M. Richet.

Dans les ouvrages de pathologie chirurgicale, les limites de la hanche sont plus restreintes. Pour Béclard, A. Bérard, Bonnet, la hanche est limitée à l'articulation coxo-fémorale et aux parties voisines qui la touchent immédiatement; c'est cette dernière manière de voir que nous croyons devoir adopter.

Nous définirons donc la hanche: cette région où viennent se rejoindre en arrière la fesse, en avant l'aine, région qui par sa partie interne contribue à former les parois de l'excavation du bassin, au niveau de la cavité cotyloïde, et qui est limitée en haut par la partie antérieure de la crête iliaque, en bas par une ligne fictive passant au-dessous du grand trochanter.

Cette région renferme la partie antérieure de la crête iliaque, l'articulation coxo-fémorale, le col du fémur, le grand trochanter et les parties molles qui recouvrent ces os en haut et en dehors.

Sans entrer dans une description anatomique de ces différentes parties, ce qui serait en dehors de notre sujet (1), nous devons insister sur les points d'anatomie et de physiologie qui peuvent servir au diagnostic; c'est ainsi que nous allons étudier la conformation extérieure de la hanche, la disposition et les rapports des parties osseuses et les mouvements de l'articulation coxo-fémorale.

CHAPITRE PREMIER. — ANATOMIE CHIRURGICALE.

I. Conformation extérieure de la hanche.

La conformation extérieure de la hanche, dont la connaissance est utile pour aider à en reconnaître les déformations, varie beaucoup selon l'état d'embonpoint des individus.

Chez les personnes maigres, la saillie du grand trochanter dépasse le plan externe du membre inférieur ; entre cette éminence et la partie antérieure de la crête iliaque, il existe une légère excavation; en bas, la saillie du grand trochanter se perd dans celle du grand fessier. De l'épine iliaque antéro-supérieure, part une saillie longitudinale légèrement excavée à sa partie supérieure,

---

(1) On trouve au niveau de la hanche, et dans les parties voisines, des bourses séreuses, normales ou accidentelles, dont la connaissance importe au chirurgien, à cause des lésions inflammatoires dont elles peuvent être le siége. Il existe une bourse séreuse sous le tendon du moyen fessier, entre le grand trochanter et le grand fessier, sur l'épine iliaque antéro-supérieure, sur la partie supérieure du grand trochanter, sur l'ischion; Malgaigne en signale une sous le muscle petit fessier; enfin on rencontre une bourse séreuse sous le tendon de réflexion de l'obturateur interne, et sous le psoas iliaque il y en a une autre très-importante qui communique souvent avec l'articulation et dont les inflammations ont plusieurs fois fait croire à des affections de cette articulation. J'ajouterai qu'il existe parfois dans cette région des bourses séreuses accidentelles ou professionnelles; c'est ainsi que chez les joueurs d'orgue on en trouve une au niveau du bord antérieur d'un des grands trochanters.

et qui se perd bientôt sur la face antérieure de la cuisse, en se dirigeant vers le condyle interne du fémur. Cette saillie limite en dehors la région inguino-crurale.

A la partie postérieure de la hanche, on trouve une gouttière verticale ou dépression entre le grand trochanter et la tubérosité ischiatique (gouttière ischio-trochantérienne). De la partie supérieure du grand trochanter part une saillie qui se porte vers l'épine iliaque postéro-supérieure; elle est formée par le bord supérieur du grand fessier; entre cette saillie et la crête iliaque, il existe une surface légèrement excavée. Il y a donc ici trois saillies qui sont formées par le grand trochanter, la tubérosité ischiatique, la partie supérieure du grand fessier et deux gouttières.

Chez les individus gras ou œdémateux, la conformation extérieure de la hanche offre une apparence plus uniforme; aussi reconnaît-on plus difficilement les déplacements des os, l'existence et la consistance des tumeurs. Dans ces cas, la hanche est assez régulièrement convexe, de sorte qu'on ne voit plus ni saillies ni dépressions. On éprouve même quelquefois de la difficulté à bien préciser, avec la main, la situation des éminences osseuses. La palpation donne une sensation de fausse fluctuation quand on applique transversalement les deux mains sur le grand fessier et qu'on presse alternativement avec l'une et avec l'autre; la fausse fluctuation ne se retrouve plus si l'on répète la même manœuvre en plaçant les mains l'une au-dessus de l'autre. Entre le grand trochanter et l'épine iliaque, on constate parfois aussi une fausse fluctuation, qui se reconnaît par le même moyen. Il est bon d'être prévenu de ce fait, car on a souvent à rechercher en cette région des collections liquides; mais dans le cas d'abcès, la fluctuation se rencontre dans tous les sens.

II. Situation et rapports des os.

1° *Du Bassin.* — Le bassin étant souvent déplacé dans les maladies de la hanche, déterminons sa situation normale. Il est incliné de telle façon qu'un plan mené par le détroit supérieur forme avec le sol un angle de 62° (Weber, Nœgelé); de cette inclinaison il résulte que l'angle sacro-vertébral est à 10 centimètres environ au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne

et que la pointe du coccyx se trouve à peu près sur le même plan horizontal que le bord inférieur de la symphyse; grâce encore à cette inclinaison, l'échancrure sciatique est plus élevée que la cavité cotyloïde. Si, chez un adulte, on mène une ligne horizontale par l'épine iliaque antéro-supérieure, elle passe environ à 45 millimètres au-dessus du rebord cotyloïdien et à 15 millimètres au-dessus de l'échancrure sciatique. Une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine iliaque postéro-supérieure du même côté, ligne que nous appellerons *ligne iliaque*, permet de préciser la situation du grand trochanter et celle de la partie la plus élevée de l'échancrure sciatique. La ligne iliaque sur le squelette passe à 32 ou 35 millimètres au-dessus de l'échancrure et à 45 millimètres environ au-dessus du rebord cotyloïdien. L'échancrure est en outre à 7 centimètres de l'épine postérieure sur le squelette, et à 5 1/2 ou 6 centimètres de la même épine en mesurant sur la peau (1). Le milieu du bord supérieur du grand trochanter dans l'extension est à 6 ou 7 centimètres de la ligne iliaque et à 9 ou 10 cent. de l'épine iliaque antérieure.

2° *Cavité cotyloïde.*— La cavité cotyloïde est immédiatement au-dessous et en dehors de l'éminence iléo-pectinée; son axe se dirige en bas, en avant et en dehors. Sur le squelette d'un adulte, la circonférence du rebord cotyloïdien présente à peu près 5 cent. 1/2 de diamètre dans tous les sens; la profondeur de la cavité est de 25 à 34 millim. selon l'élévation ou la dépression des bords; la partie la plus élevée de la *voûte cotyloïdienne* est, d'après Parise, à 4 millim. au-dessus du rebord osseux supérieur, et à 5 ou 6 millim. au-dessus du bord du bourrelet cotyloïdien; au moment où la tête du fémur sort de la cavité, il y a donc un allongement réel du membre inférieur, correspondant à la distance qui sépare le bourrelet cotyloïdien du sommet de la voûte. Quelle est la situation du point le plus profond de la cavité? D'après mes recherches, il est à 5 cent. environ de la partie la plus élevée de l'échancrure sciatique; de ce dernier point à la dépression postéro-supérieure du sourcil cotyloïdien, on mesure 5 cent. 1/2; le centre de la sur-

(1) La connaissance de la distance qui sépare le sommet de l'échancrure de la ligne iliaque et de l'épine iliaque postéro-supérieure peut-être utilisée dans la ligature de l'artère fessière.

face articulaire de la cavité est donc plus rapproché de l'échancrure que le rebord cotyloïdien; entre ce centre et le sommet de la tubérosité ischiatique il y a 8 cent. 1/2 environ.

J'ai constaté que chez l'adulte le centre de la cavité est en moyenne sur une ligne verticale menée à 7 cent. 1/2 de la ligne blanche ou à 3 1/2 ou 4 cent. de l'épine antéro-supérieure, et, en même temps, qu'il est distant de l'épine iliaque antéro-supérieure de 9 à 9 cent. 1/2. Pour trouver la situation du centre de la surface articulaire, il suffit donc de tirer une ligne verticale à 7 cent. 1/2 de la ligne blanche ; le point inférieur de cette ligne qui est à 9 cent. 1/2 de l'épine iliaque, correspond au centre cherché. En enfonçant un couteau en ce point sur le cadavre, on ouvre l'articulation à une très-petite distance en dehors des vaisseaux fémoraux; j'ai même vu, sur le cadavre, de la synovie sortir par la ponction.

3° *Col du fémur.* — Les différences de longueur et de direction du col ont servi à plusieurs chirurgiens pour expliquer certains faits symptomatologiques; aussi doit-on être renseigné sur ce point avant d'aborder l'étude des maladies de la hanche.

La longueur du col est de 35 à 40 millim. en arrière, entre la tête du fémur et la ligne des deux trochanters; elle est en haut de 27 millim. entre la tête et le grand trochanter; en bas, elle est de 4 1/2 à 5 cent. entre la tête et le petit trochanter. Malgaigne et Rodet donnent à peu près les mêmes dimensions que celle que j'indique. D'après Rodet le col, loin d'être plus long chez la femme comme le voulait Dupuytren, a des dimensions un peu moindres que chez l'homme. Chez le vieillard, les dimensions du col diffèrent peu de celles de l'adulte. Dupuytren le considérait comme étant plus long; M. Nélaton croit au contraire qu'il a une tendance au raccourcissement. — Les rapports de l'axe du col avec le grand trochanter ont été utilisés par Robert pour expliquer, dans certains cas, la rotation en dehors dans les fractures du col. En effet, l'axe prolongé du col ne tombe pas sur le milieu de la face externe du grand trochanter, mais en avant de l'axe vertical de cette apophyse; les plans verticaux menés par ces deux axes formeront en se rencontrant un angle obtus ouvert en arrière. Une chute sur le grand trochanter, fracturant le col, portera la partie postérieure du

grand trochanter en arrière et en dedans, et d'autant plus facilement qu'il n'est pas soutenu à ce niveau par le col.

Quant à la direction du col, à l'angle qu'il fait avec le fémur, Rodet a trouvé que sur 11 sujets de 10 jours à 48 ans il était en moyenne de 131° et que sur 11 sujets de 52 à 97 ans il était de 128°. Il n'y a donc qu'une différence de 2 à 3°, qui ne permet pas de dire que le col devient horizontal chez le vieillard. Chez la femme, le même auteur a montré que le col a plus de tendance à devenir horizontal par les progrès de l'âge, ce qui est une confirmation des idées d'A. Cooper sur ce point. Les variétés individuelles de direction du col sont quelquefois assez marquées, mais néanmoins, d'après Malgaigne, l'ouverture du col ne présente pas de variations allant au delà de 20 à 25°.

L'inclinaison du col a une certaine influence sur la longueur du membre; ordinairement la tête du fémur dépasse le grand trochanter de 1 cent. environ. Malgaigne l'a vue dépasser de 2 cent. — Si l'angle est peu ouvert, la tête dépassera d'une longueur moindre. Comme on le voit, les différences qu'on peut observer sont tellement faibles, qu'il n'y a pas à en tenir compte.

4° *Grand trochanter.* — Il est bon de remarquer que la face externe du grand trochanter ne regarde pas directement en dehors, mais un peu en arrière. — Le sommet du trochanter, qui est quelquefois fracturé, dépasse le niveau du col de 10 à 13 millim.; l'éminence entière présente une hauteur de 4 à 5 cent.

5° *Lignes menées par les saillies osseuses.* — Une ligne menée de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la tubérosité ischiatique, coupe la cavité cotyloïde en deux parties égales et le centre de cette cavité est au milieu de la *ligne ilio-ischiatique.* M. Nélaton a montré que le sommet du trochanter est au-dessus de cette ligne et que quand le fémur est fléchi à angle droit avec une légère adduction, le sommet du trochanter se trouve sur la ligne même. On peut donc reconnaître les déplacements de cette éminence, mais il faut avoir soin de comparer les deux côtés. En étudiant la situation du trochanter par rapport à cette ligne, M. Dolbeau a reconnu que de la naissance à 6 mois le grand trochanter est en avant de la ligne de 8 à 12 millim., qu'à 3 ans le bord supérieur du trochanter est situé au niveau de cette ligne; puis qu'au-dessus de cet âge il la dépasse.

On a voulu trouver également un point de repère dans la distance qui existe entre le trochanter et la crête iliaque; on croyait que cette distance devait diminuer dans la luxation ou la fracture du col. Mais M. Nélaton a fait remarquer, avec juste raison, que si le trochanter se portait en haut, il se portait aussi un peu en arrière et se trouvait en rapport avec une portion plus élevée de la crête. Si l'on joint à cette observation les difficultés de mensuration, on voit que ce point de repère doit être abandonné; cependant Malgaigne est d'un avis contraire; et il croit que dans les fractures du col le trochanter est plutôt ramené en avant.

CHAPITRE II. — PHYSIOLOGIE.

I. Mouvements de l'articulation coxo-fémorale.

Le fémur exécute sur l'os iliaque des mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, de circumduction et de rotation. Pendant tous ces mouvements la tête du fémur reste en contact avec la cavité cotyloïde, grâce à l'influence de la pression atmosphérique (G. et E. Weber).

L'extension est très-limitée; elle est bientôt arrêtée par la tension du ligament de Bertin.

La flexion est beaucoup plus marquée que l'extension, elle est bornée par la tension de la capsule en arrière et ne dépasse guère l'angle droit; la flexion de la cuisse est terminée au moment où l'épine iliaque touche la face antérieure du membre; si l'on veut rapprocher la cuisse du tronc, le mouvement s'exécute alors grâce à la mobilité des vertèbres lombaires; il ne faut pas oublier ce point.

D'après Weber, sur un cadavre décharné, la flexion et l'extension réunies décrivent un arc de 139°; cet arc ne serait que de 86° sur le vivant, chiffre qui nous paraît trop faible, car on décrit facilement un arc de plus de 90°.

L'adduction est très-faible dans l'extension de la cuisse, elle augmente avec la flexion. Ce mouvement est limité par la tension de la partie supérieure de la capsule, mais non par celle du ligament rond. Dans aucun des mouvements normaux de l'articulation ce ligament n'est tendu.

L'abduction est bornée par la tension de la partie interne de

la capsule, mais non par la rencontre du col du fémur avec la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Cette rencontre, invoquée pour expliquer certains faits pathologiques, n'a jamais lieu dans une articulation normale.

Les frères Weber ont trouvé que l'arc décrit par l'adduction et l'abduction réunies est de 90°, le membre étant dans la demi-flexion; il diminue rapidement d'étendue quand le membre se rapproche de l'extension.

Dans la rotation la tête roule sur elle-même ; il faut remarquer que dans l'extension simple, la rotation en dehors est beaucoup plus prononcée que la rotation en dedans.

Dans le mouvement de circumduction, le cône décrit par le membre a plus d'étendue en avant et en dehors que dans les autres sens.

II. Mouvements du bassin.

Pour faire le diagnostic des maladies de la hanche et des attitudes des membres, il faut connaître aussi les mouvements du bassin et ceux de la colonne lombaire.

Les mouvements les plus considérables du bassin sont ceux de flexion et d'extension; ils sont antéro-postérieurs.

L'inclinaison latérale du bassin joue un grand rôle dans les différences de longueur des membres, sujet que nous étudierons en détail plus loin.

Le bassin possède aussi un mouvement de circumduction et un mouvement de rotation. Dans ce dernier l'extrémité supérieure des deux fémurs se porte en dedans, mais l'une en avant, l'autre en arrière; il se produit une torsion de la colonne lombaire. Si pendant ce mouvement les deux membres sont dans la flexion, il y aura des différences de longueur apparentes.

Enfin certains *mouvements complémentaires* des mouvements du bassin et de ceux du fémur se produisent dans la colonne lombaire, dans le mouvement de flexion forcée des membres inférieurs, par exemple.

On verra que ces considérations anatomiques et physiologiques sont d'une application directe au diagnostic; nous les avons réunies dans un chapitre au lieu de les indiquer isolément dans le courant de notre travail, parce qu'il nous a semblé qu'elles s'expliquaient et se complétaient mutuellement.

DEUXIÈME PARTIE.

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES DE LA HANCHE.

On observe dans les maladies de la hanche un certain nombre de symptômes importants qui existent à la fois dans plusieurs d'entre elles, et dont on peut faire alors une étude synthétique. Il importe d'autant plus de les étudier à part, que les discussions nécessitées par l'interprétation de certains d'entre eux, et leur description aride, nuiraient à l'exposition d'ensemble des signes diagnostiques des maladies dans lesquelles on les observe.

Nous diviserons les symptômes locaux en symptômes physiques et en symptômes fonctionnels.

CHAPITRE PREMIER. — SYMPTOMES PHYSIQUES.

Ils comprennent les déformations qui portent sur le membre inférieur ou sur la hanche, puis les signes donnés par l'examen chirurgical de la région, par la palpation, etc.

I. DÉFORMATIONS DU MEMBRE.

Sous ce titre, nous faisons rentrer les déviations dans la direction du membre ou les attitudes vicieuses, les différences de longueur, et enfin les différences de volume.

1° DÉVIATIONS DANS LA DIRECTION DU MEMBRE.

La plupart des maladies de la hanche sont accompagnées d'une

déviation dans la direction, d'un changement dans la position du membre inférieur. Ces déviations tiennent, les unes à une solution de continuité, à un déplacement des os; les autres, à une sorte de position instinctive ou à une contracture; nous laisserons de côté les déviations qui tiennent à une fracture du col ou à une luxation de la hanche.

Occupons-nous donc des déviations que l'on observe, les os étant dans leurs rapports normaux. Le membre peut être porté dans la flexion, l'adduction, l'abduction, la rotatiou en dedans et la rotation en dehors; le bassin subit des déviations inverses, ou en même temps, on observe des déviations de compensation dans la colonne lombaire; ces diverses particularités nous arrêteront successivement. Chacune de ces déviations ne se rencontre pas d'une manière isolée, mais elles se combinent de manière à produire, comme l'a établi Bonnet, trois attitudes vicieuses ou permanentes.

Dans la première, le membre est seulement fléchi, il n'y a pas d'inclinaison latérale.

Dans la seconde, le membre est dans la flexion, l'abduction et la rotation eu dehors.

Dans la troisième, il est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans.

Les attitudes seront plus ou moins prononcées, pourront présenter des aspects un peu variés, mais elles rentreront toujours dans un des types ci-dessus.

Très-rarement on observe l'extension de la cuisse dans les maladies douloureuses de la hanche.

Les déviations amènent, avons-nous dit, des changements dans les articulations voisines; ces changements sont les mêmes soit qu'il y ait flexion de la cuisse sur le bassin, ou flexion du bassin sur la cuisse; avant d'aller plus loin, nous devons les étudier dans chacune des déviations.

Flexion. — Dans la flexion permanente de la cuisse sur le bassin, le tronc se porte en arrière, les côtes s'écartent des épines iliaques, la colonne lombaire forme en arrière une concavité exagérée que l'on désigne sous le nom d'*ensellure* ou *cambrure;* les fesses sont saillantes en arrière.

Si la flexion est plus considérable, on observe une dévia-

tion du segment inférieur du membre, le genou se fléchit, et le malade marche sur la pointe du pied.

Adduction. — Si la cuisse est dans l'adduction, le tronc s'incline vers le côté malade, les côtes se rapprochent de la crête iliaque du même côté, et la colonne lombaire présente une convexité latérale du côté sain.

Comme l'adduction existe en même temps que la flexion, il en résulte une déviation combinée de la colonne lombaire qui est convexe en avant et du côté sain.

Abduction. — Dans l'abduction de la cuisse le malade cherche à rapprocher les jambes. Dans ce cas, le tronc s'incline vers le côté sain, les côtes s'éloignent de la crête iliaque malade, la colonne lombaire présente une convexité latérale du côté malade, l'épaule du même côté est plus élevée; la fesse du côté sain est plus saillante.

L'abduction étant toujours accompagnée de flexion, il y a donc une déviation double de la colonne lombaire, qui est convexe en avant et du côté malade.

Rotation en dedans. — Dans la rotation de la cuisse en dedans, le bassin subit un mouvement de rotation qui a pour effet de porter en arrière et en dedans l'extrémité supérieure du fémur du côté malade; l'épine iliaque antérieure du même côté se porte naturellement aussi en dedans et en arrière, tandis que celle du côté opposé se porte en avant et en dedans; si on compare alors la position des épines iliaques par rapport au plan antérieur du tronc on voit que celle du côté malade est en arrière.

A ce mouvement de rotation du bassin correspond une torsion proportionnelle de la colonne lombaire.

Ainsi donc, comme le mouvement de rotation existe en même temps que la flexion et l'adduction, il en résulte que la colonne lombaire a subi une déviation triple; elle est convexe en avant et du côté sain, puis elle est tordue. La luxation spontanée en arrière est facile dans la rotation combinée à la flexion.

Rotation en dehors. — Quand la cuisse est dans la rotation en dehors, la hanche du même côté se porte en avant et en dedans, par la torsion de la colonne lombaire; l'épine iliaque du côté malade est plus en avant.

La colonne lombaire est donc tordue, puis convexe en avant

et du côté malade. La rotation en dehors favorise la luxation spontanée en avant.

Telles sont les déviations du membre inférieur, celles du bassin et de la colonne lombaire; toutes ces différences de rapports des os ont été la cause des erreurs que l'on a faites pendant longtemps dans la mensuration; c'est qu'en effet elles peuvent quelquefois échapper aux yeux, aussi devons-nous étudier les moyens de les reconnaître.

Diagnostic des déviations.

Flexion. — La flexion est facile à constater; souvent en examinant le malade on remarque que le membre inférieur repose sur le lit par toute sa longueur, il semble alors dans l'extension; en poussant plus loin l'examen, on reconnaît qu'il y a flexion du bassin et cambrure lombaire. Il est facile de faire la contre-épreuve; on fait reposer toute la partie postérieure du tronc sur le lit, on voit alors la cuisse se fléchir; si on appuie sur le genou, la région lombaire quitte le plan du lit et le membre repose de nouveau par toute sa longueur.

Adduction, abduction. — Pour reconnaître chacune de ces déviations, on se sert d'un petit appareil formé de deux bandes étroites réunies en T; on place la bande horizontale sur les deux épines iliaques, de façon que la bande verticale soit au milieu de la ligne qui réunit les deux épines, celle-ci tendue représente l'axe du corps. Les deux membres doivent être parallèles à cet axe, si alors on est obligé de porter le membre malade en dehors, pour qu'il soit parallèle à l'axe, c'est qu'il était dans l'adduction; si au contraire il doit être ramené en dedans, c'est qu'alors il était dans l'abduction.

Rotation en dedans, en dehors. — Ces déviations sont assez difficiles à reconnaître. Bonnet a établi que la cuisse est dans la rotation en dehors quand il faut la tourner en dedans pour que sa face antérieure regarde dans le même sens que le plan antérieur du bassin.

La cuisse est dans la rotation en dedans quand il faut la tourner en dehors pour que son plan antérieur regarde dans le même sens que le plan antérieur du bassin.

Quelle est la valeur diagnostique des diverses positions? — Elle ressort de l'examen de leurs causes. Les déviations peuvent se produire dans quatre conditions différentes : 1° par le besoin qu'a le malade de placer son membre dans une position telle que la plupart des muscles et que les ligaments soient relâchés c'est en quelque sorte une position instinctive; 2° par une contracture musculaire; 3° par une rétraction permanente des muscles devenus fibreux; 4° enfin par une ankylose.

Je ne parle pas de l'action mécanique des épanchements articulaires, car cette action observée par Bonnet et Dittel (1), dans des injections forcées faites sur le cadavre, n'a pas encore été constatée sur le vivant; c'est la douleur causée par l'épanchement et non l'action mécanique qui produit la déviation.

Quand la déviation a pour but de diminuer la douleur, on observe d'abord la flexion du membre, puis l'adduction ou l'abduction; ces deux positions se rencontrent indifféremment quand la douleur est peu vive, quand elle dépend d'une maladie chronique; la position varie alors avec le décubitus du malade. Si la douleur est très-vive, s'il s'agit d'une arthrite aiguë, on a remarqué qu'alors le membre se plaçait généralement dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, position dans laquelle, ainsi que l'a démontré Bonnet, la capsule présente la plus grande capacité possible. Dans les premiers temps d'une coxalgie, le membre est généralement dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, puis plus tard, il se place dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans.

Les contractures musculaires agissent de deux manières pour produire la déviation du membre, tantôt elles sont idiopathiques et déterminent cette position qu'elles maintiennent, en même temps, dans la fixité, comme dans la contracture hystérique, par exemple; tantôt elles sont secondaires, et se bornent à fixer le membre dans une position qu'il occupait déjà : c'est ce qu'on observe dans une inflammation de la hanche. Le membre prend une position commode dans laquelle les muscles ne sont pas contracturés; si on

---

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1857, page 377.

veut mouvoir ce membre, alors la douleur exagérée amène des contractions musculaires qui fixent la position.

La fixité de la position peut encore avoir pour cause l'engorgement chronique, l'état lardacé des tissus péri-articulaires.

2° Différences de longueur des membres inférieurs.

Les différences de longueur des membres inférieurs sont un des signes les plus constants des maladies de la hanche; la difficulté de leur constatation, de leur interprétation a donné lieu à bien des erreurs et fait croire souvent à des déplacements des os, qui n'existaient pas.

Le membre peut être allongé ou raccourci, et ces différences de longueur peuvent être apparentes ou réelles; nous avons donc à examiner chacune de ces variétés et à indiquer les procédés de mensuration.

Nous rappellerons que les différences apparentes de longueur tiennent aux diverses attitudes que nous venons d'étudier, lesquelles sont accompagnées de déviations du bassin.

Malgaigne a établi que le membre allongé à l'œil était raccourci à la mensuration et *vice versâ*.

Allongement et raccourcissement apparents. — Les conditions dans lesquelles on observe ces différences de longueur peuvent être résumées dans les propositions suivantes :

1° L'abduction du membre produit, par l'abaissement du bassin, l'allongement apparent à la vue. La flexion et l'inclinaison latérale du bassin qui accompagnent l'abduction donnent un raccourcissement apparent à la mensuration.

2° L'adduction du membre s'accompagnant de déviations inverses du bassin, produit le raccourcissement apparent à la vue, et l'allongement apparent à la mensuration.

L'allongement et le raccourcissement apparents à la vue s'expliquent de la façon suivante : les deux membres inférieurs représentent deux colonnes égales attachées par leur extrémité supérieure aux deux bouts d'une ligne transversale passant par le centre des cotyles. Si une des extrémités de cette ligne s'abaisse, le membre s'abaissant aussi, paraîtra plus long que l'autre; il y aura allongement apparent à la vue. Si l'extrémité de la ligne transversale

remonte, le membre correspondant présentera un raccourcissement apparent à la vue.

Pour l'*allongement et le raccourcissement apparents à la mensuration*, ils s'expliquent ainsi; si on mène par la pensée deux lignes partant l'une de l'épine iliaque antéro-supérieure, et l'autre du condyle externe du fémur, pour aller au centre de l'articulation coxo-fémorale, on obtient un angle ouvert en avant, qui diminue dans l'abduction et augmente dans l'adduction. En mesurant dans l'abduction la distance qui existe entre l'épine iliaque et le condyle fémoral, on voit qu'elle est moindre que dans l'extension; il y a un raccourcissement apparent à la mensuration. Si le membre est dans l'adduction, la mensuration donne un allongement apparent.

D'après Bonnet, l'allongement apparent à la vue reconnaîtrait encore une autre cause que l'abaissement du bassin. C'est un mouvement de propulsion en avant d'un de ses côtés, mouvement appartenant à la rotation du bassin autour de l'axe du corps. Lorsque l'on est assis et qu'on porte en avant une épine iliaque, on remarque qu'en même temps, les cuisses étant fléchies, le genou correspondant dépasse celui du côté opposé. Dans les positions que nous avons indiquées, nous avons vu que dans l'abduction, la flexion existe, en même temps que le bassin du côté malade, est abaissé, et que l'épine iliaque du même côté se porte plus en avant; l'allongement apparent est donc produit à la fois, par l'abaissement du bassin et par sa propulsion oblique en avant. Bonnet estime que ces deux déviations donnent chacune un allongement apparent à peu près de même étendue. Ainsi, dans un allongement de 6 centimètres, l'abaissement du bassin fournirait 3 centimètres et la position antérieure de l'épine avec flexion, 3 centimètres aussi.

Il est facile de reconnaître l'allongement apparent; pour cela il suffit de placer le membre sain dans la même position que le membre malade; on constatera alors qu'ils sont tout à fait égaux.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de l'allongement apparent; voyons maintenant si l'on peut constater un *allongement réel*.

Admis par plusieurs chirurgiens, il a été attribué à l'épanchement de sérosité dans l'articulation, au gonflement du paquet cellulo-graisseux qui occupe le fond du cotyle, au gonflement des

cartilages, au gonflement de la tête du fémur et enfin au relâchement des muscles.

On a attaché une assez grande importance à l'épanchement de sérosité dans l'articulation; Weber a prétendu que le liquide épanché dans le cotyle abaissait le fémur et que l'abaissement augmentait par distension de la capsule; la résorption du liquide amenait la disparition de l'allongement, et c'est ainsi qu'il expliquait ce dernier phénomène survenant après les cautérisations. Dittel a également constaté que la tête sort du cotyle dans les injections forcées. Dans ces cas, l'allongement obtenu se mesurait par quelques millimètres, aussi est-il tout à fait inappréciable sur le vivant, et ne peut-il servir au diagnostic de l'épanchement articulaire.

Le gonflement de la tête du fémur est un phénomène extrêmement rare et qui ne produit qu'un allongement inappréciable; la paralysie des muscles ne peut non plus avoir d'influence si la capsule n'est pas altérée.

Dans la coxalgie, l'allongement réel manque également.

En résumé, on ne constatera d'allongement réel du membre inférieur que dans la luxation ovalaire, et là encore il ne sera pas toujours bien appréciable.

Le raccourcissement peut être apparent ou réel. Le *raccourcissement apparent*, d'après ce que nous avons dit plus haut, tient à la position du membre qui est alors dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans; le bassin est élevé, et l'épine iliaque du même côté est portée en arrière. Bonnet a démontré que les différences de longueur produites par l'élévation du côté malade du bassin et la projection en arrière du même côté s'ajoutaient pour produire le raccourcissement.

C'est dans cette position du membre avec raccourcissement que l'on est le plus exposé à faire des erreurs de diagnostic, car en même temps que le raccourcissement, on observe la saillie du grand trochanter, et d'autres signes qui peuvent faire croire à une luxation sur l'os des iles.

Il est plus difficile de reconnaître le raccourcissement apparent que l'allongement apparent. En effet si le membre malade est dans une forte adduction, on ne pourra placer le membre sain dans une position symétrique; dans ce cas le redressement du

membre, quand il sera possible, montrera que les deux membres sont égaux.

Si dans les maladies de la hanche l'allongement réel n'existe que dans les luxations ovalaires, il n'en est pas de même du *raccourcissement réel,* on le rencontre souvent et dans un grand nombre de maladies; l'étude de ces causes va montrer dans quels cas on peut l'observer.

Le raccourcissement réel peut tenir à une absorption de la tête fémorale, à une résorption portant à la fois sur la tête et sur le col, comme M. Tillaux l'a observé dans un cas; il peut tenir à une perte de substance de la cavité cotyloïde, soit qu'elle porte sur le fond du cotyle et finisse par le perforer, ou bien qu'elle porte sur le rebord cotyloïdien, qui, détruit, laisse remonter la tête du fémur. Enfin le raccourcissement existe dans les luxations sur l'os des iles. Dans les fractures du col il est très-fréquent, mais il est moins étendu qu'on ne le croit généralement. La hauteur du raccourcissement variera avec l'étendue des destructions osseuses, avec la distance qui existera entre la tête et le cotyle; nous avons déjà insisté sur ce point à propos de l'anatomie.

On a admis que dans les arthrites de la hanche, auxquelles appartiennent surtout les signes que nous étudions, il y avait allongement au début et raccourcissement ensuite. Dans ces cas l'allongement est apparent et tient à la position du malade; plus tard, si le malade place son membre dans l'adduction, ce qui arrive souvent, il y aura un raccourcissement apparent; mais ce dernier se complique parfois d'un raccourcissement réel, comme quand il survient un déplacement ou une luxation du fémur, dans la coxalgie, par exemple. Quand le raccourcissement succède à l'allongement dans la coxalgie, il est à craindre, dit Parise, que les liquides épanchés dans l'articulation n'aient rompu la capsule.

Toutes les maladies douloureuses de la hanche s'accompagnent-elles d'allongement ou de raccourcissement? La plupart présentent ces signes, mais nous verrons dans la suite que dans quelques cas exceptionnels les membres ne présentent ni allongement ni raccourcissement; ils sont alors dans l'extension. Ce fait a été observé par Sabatier, A. Bérard, Bonnet dans la coxalgie; il se rencontre aussi dans certaines contractures hystériques qui en

même temps que la hanche atteignent une grande partie des muscles des membres inférieurs.

Les phénomènes d'allongement et de raccourcissement sont-ils toujours dus à une maladie de la hanche? C'est ce qui arrive presque généralement, néanmoins ils existent aussi dans la sacro-coxalgie. Ils sont là moins constants, mais enfin ils gênent quelquefois le diagnostic; dans les maladies de l'encéphale, de la moelle, dans les hystéries graves on observe les déviations du membre inférieur, mais généralement on en reconnaîtra la cause sans difficulté.

Enfin, si l'on constate un raccourcissement, il faudra rechercher s'il ne tient pas à une fracture ancienne; quant à la direction du col, nous avons vu qu'elle pouvait avoir une certaine influence sur la longueur du membre, mais que la différence ne dépassait guère 1 centimètre.

Nous voyons donc que les différences de longueur du membre peuvent avoir leur origine dans une inflammation des parties molles de la hanche, dans une maladie de l'articulation, dans une lésion des parties voisines, enfin dans une maladie de la moelle ou de l'encéphale. Les fractures et les luxations s'ajoutent naturellement à ces causes de déformation du membre.

Les différences de longueur que nous venons d'étudier sont difficiles à constater exactement, ce qui tient à ce que les points de repère ne sont pas précis, et que, selon que l'on place le mètre un peu au-dessus ou au-dessous de l'épine iliaque, on a de suite une différence de 1 centimètre. Aussi les procédés de mensuration sont-ils nombreux. Nous ne pouvons les faire connaître tous, nous indiquerons seulement les principaux. Les points de repère généralement choisis sont l'épine iliaque antérieure, la tubérosité ischiatique, le condyle externe du fémur, et l'une ou l'autre malléole.

De la mensuration dans les maladies de la hanche.

Il y a plusieurs procédés :

1° Procédé classique.

2° Procédé de Giraud-Teulon.

3° Procédé de Malgaigne.

4° Procédé de Parise.
5° Procédé de MM. Martin et Collineau.

1° *Procédé classique.*

1° Placer le bassin dans une rectitude absolue.

2° Étendre les membres sur un plan horizontal et s'assurer de la symétrie et du parallélisme de ces parties.

3° Dessiner avec la plume la saillie des épines iliaques antéro-supérieures.

4° Dessiner de la même manière la saillie des malléoles.

5° S'assurer que les épines iliaques sont sur la même ligne horizontale.

6° Enfin, mesurer comparativement les deux côtés avec un fil inextensible.

Ce procédé ne donne de bons résultats que lorsque les deux membres peuvent être symétriquement placés (traumatisme, fractures); mais dans la coxalgie ce moyen a peu de valeur; on ne pourrait y avoir recours qu'après anesthésie préalable.

M. Parise a démontré que la mensuration pratiquée dans des positions différentes du membre pelvien donne des résultats essentiellement différents.

La distance de l'épine iliaque au condyle externe du fémur atteint son *maximum* lorsque le membre est *dans l'extension* et *dans l'adduction;* le *minimum* est donné par la *flexion* unie *à l'abduction.*

2° *Procédé de Giraud-Teulon.*

Il repose sur le principe suivant ;

« Étant connus les trois côtés d'un triangle, il est toujours possible de déterminer la distance qui sépare son sommet de la partie moyenne de sa base. »

Ce procédé s'exécute de cette manière :

1° Avec un compas d'épaisseur, mesurer la distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure de la partie la plus déclive de la tubérosité sciatique.

2° Mesurer avec un fil :

A. — La distance qui sépare l'épine iliaque antéro-supérieure du condyle interne du fémur.

B. — La distance qui sépare la partie la plus déclive de l'ischion du condyle interne du fémur.

3° Tracer avec ces trois dimensions un triangle qui a pour base la ligne ilio-ischiatique et pour sommet l'angle qui répond au condyle interne.

4° Abaisser du sommet du triangle une ligne droite sur le milieu de la base (ce dernier point correspond au centre du cotyle. G. Teulon).

5° Mesurer cette ligne et on aura la distance qui sépare le condyle interne d'un point fixe du bassin (le centre de la cavité cotyloïde).

On pratique cette mensuration des deux côtés, et la différence dans les résultats donne l'étendue du raccourcissement.

Ce procédé a l'avantage de pouvoir être employé dans toutes les positions du membre sans rien perdre de son exactitude. Malheureusement il est difficile de déterminer exactement, à cause de l'épaisseur des parties molles, la ligne ilio-ischatique.

Les rapports de la ligne *ilio-ischiatique* ne sont pas les mêmes chez l'enfant et chez la femme, que chez l'adulte ; on ne pourrait donc avoir recours au procédé de G. Teulon, que dans ce dernier cas, c'est-à-dire chez l'aldulte.

3° *Procédé de Malgaigne.*

1° Mettre le bassin dans la position horizontale,

2° Réunir par un lacs les deux épines iliaques antéro-supérieures.

3° De la partie moyenne du premier lacs en abaisser un second entre les membres pelviens; ce second lacs doit être perpendiculaire au premier ; il réprésentera la continuation de l'axe du corps et permettra de placer les membres symétriquement.

4° Mesurer ensuite comme dans le procédé classique.

Ce procédé très-simple donnera souvent des appréciations utiles, mais il faut avoir soin que le lacs descendant ne dévie pas à droite ou à gauche.

4° *Procédé de Parise.*

On se sert d'un T dont la branche horizontale est graduée à droite et à gauche de la verticale qui répond au zéro de cette graduation.

On place la même division de la branche horizontale sur chaque épine iliaque. La branche horizontale du T ne dévie pas, et elle représente l'axe du corps.

On mesure ensuite comme dans le procédé classique.

Ce procédé qui exige un appareil spécial, est moins pratique que celui de Malgaigne et que le procédé classique, aussi sera-t-il généralement peu employé, quoiqu'il expose à moins d'erreurs. Nous en dirons autant du procédé de Martin et Collineau.

3° Changements de volume du membre.

Les maladies de la hanche sont souvent accompagnées d'un changement de volume du membre inférieur, qui porte soit sur la hanche, la cuisse et la jambe, ou sur un de ces deux segments du membre.

L'augmentation de volume ne s'observe qu'à la hanche et quelquefois à la partie supérieure de la cuisse ; elle existe surtout au début des maladies inflammatoires de la région, et à ce moment elle atteint souvent en même temps que la hanche, la fesse, l'aine et la partie supérieure de la cuisse ; quand la maladie est passée à l'état chronique l'augmentation se localise à la hanche, et il n'y a que les collections purulentes qui pourraient modifier le volume des parties voisines.

Dans les maladies traumatiques, toute la partie supérieure du membre est élargie, aplatie.

L'atrophie est plus fréquente que l'augmentation de volume ; dans les inflammations anciennes, dans la coxalgie, par exemple, elle occupe tout le membre inférieur, et atteint à la fois la cuisse, la jambe, le pied et les orteils. M. Verneuil a fait remarquer combien parfois l'atrophie des orteils était considérable. Cette atrophie du membre établit un contraste avec le volume de la hanche, qui est resté le même, ou qui est devenu plus con-

sidérable. Ce n'est pas à dire que les muscles de la hanche n'aient pas subi le même amaigrissement que ceux du reste du membre, mais l'infiltration du tissu cellulaire a remplacé la perte éprouvée par les muscles, et si l'aspect de la région a changé, le volume est resté à peu près le même. Si la guérison survient, les produits épanchés sont résorbés, et la hanche reste atrophiée.

Ces phénomènes s'observent dans la plupart des maladies de la hanche à marche lente et qui forcent le membre au repos. Mais dans quelques-unes des maladies chroniques, la marche est encore possible comme dans l'arthrite rhumatismale; alors on remarque que l'atrophie n'est pas la même que dans la coxalgie, la cuisse a subi une diminution de volume, tandis que la jambe est restée à peu près dans son état normal, et que le mollet n'a pas changé; ce signe est indiqué par plusienrs auteurs anglais, qui le considèrent comme ayant une certaine valeur.

Citons enfin l'atrophie qui survient à la suite des fractures et des luxations.

Il est à remarquer que si les maladies traumatiques on inflammatoires surviennent avant le développement complet du squelette, il y aura le plus souvent, non-seulement atrophie du membre, mais aussi diminution de sa longueur par atrophie du squelette. Par contre, Hüter et d'autres auteurs ont signalé l'augmentation de la diaphyse fémorale dans les ostéites des extrémités, surtout dans celles de l'extrémité supérieure du fémur.

Les différences de volume du membre présentent une certaine valeur dans le diagnostic des maladies de la hanche, mais elles peuvent avoir leur point de départ dans des altérations autres que celles qui nous occupent : il faut donc en reconnaître la cause.

La paralysie du membre peut donner lieu à un raccourcissement atrophique et à la claudication; mais alors l'examen de la hanche mettra sur la voie du diagnostic. West et Kennedy (1) ont cité des cas de paralysie de l'un des membres inférieurs simulant une affection commençante de la hanche.

Brodie a rapporté un cas d'atrophie congénitale de l'un des

---

(1) Rilliet et Barthez, t. II, 1861, p. 561.

membres inférieurs; c'est un fait qu'il suffit de citer. Enfin, M. Trélat (1) a appelé l'attention sur une différence de volume que peuvent présenter les deux parties latérales du corps et qui s'observe surtout au membre inférieur. Elle tient à un hypertrophie unilatérale. Dans ces cas, il y a un allongement du membre; l'épine iliaque du côté hypertrophié est plus élevée, la fesse est plus saillante, le pli fessier est aussi plus élevé et plus profond. On pourrait donc croire à une déformation persistante, à une maladie de la hanche; mais la déviation du bassin disparaît si l'on fait fléchir le genou du côté hypertrophié.

M. Trélat fait remarquer que, malgré l'allongement, il n'y a jamais de claudication véritable; dans un cas cité par Friedberg, la marche était maladroite avec fauchage circulaire du membre. On reconnaîtra facilement cette difformité, car elle coïncide avec l'hypertrophie du reste de la moitié du corps; elle est congénitale et progressive à partir de la naissance.

II. DÉFORMATIONS DE LA HANCHE.

Les déformations de la hanche présentent de nombreuses variétés; elles portent soit sur l'aspect de la région, sur l'exagération ou sur la diminution des saillies et des dépressions qu'on y rencontre; sur la situation du grand trochanter, de la tête fémorale; enfin les déformations de la hanche, modifient le pli de la fesse et le pli de l'aine.

En dehors de ces déformations, la palpation de la région permettra de reconnaître la crépitation, l'empâtement, la fluctuation, la présence des abcès; on ne doit pas négliger d'examiner la cavité cotyloïde pour savoir si elle est vide, ou si elle renferme encore la tête fémorale; cette recherche est difficile et sera même souvent infructueuse. On trouve encore à la hanche des fistules dont la position pourra quelquefois aider à reconnaître le siége de la lésion osseuse qui leur a donné naissance.

L'étude de chacun des points que nous venons d'indiquer, des modifications qu'il peut subir, et de la recherche des maladies

---

(1) *Archiv. médec.*, 1869.

dans lesquelles on les observe, nous entraînerait beaucoup trop loin. Toutes ces déformations de la hanche seront exposées à propos de chaque maladie. Nous nous arrêterons seulement sur deux points qui présentent une importance spéciale, je veux parler des abcès et des fistules dont le point de départ est souvent difficile à trouver. Il y a donc quelque intérêt à montrer quels sont les siéges différents de ces lésions, et comment leur situation varie avec celle de la maladie dont elles dépendent.

1° Abcès de la hanche.

Les abcès de la hanche ont leur point de départ dans l'articulation, dans les parties molles de la région, ou enfin ils viennent des parties éloignées; on observe donc ici des abcès articulaires, des abcès circonvoisins et des abcès migrateurs.

Comme les collections purulentes se déplacent et s'étendent facilement, nous sommes obligé, pour arriver à leur diagnostic, d'empiéter un peu sur les régions voisines dont les abcès se confondent si facilement avec ceux de la hanche.

Le siége de ces abcès est plus ou moins profond; ils peuvent se former sons le périoste de la fosse iliaque externe, autour de l'articulation, sous le grand fessier, autour du trochanter, dans la bourse séreuse du psoas ou dans la gaîne du muscle; ces derniers sont d'abord situés entre l'épine iliaque antérieure et les vaisseaux, puis plus tard ils soulèvent les vaisseaux et font saillie à leur côté interne.

Les abcès de la hanche proprements dits ou péri-articulaires se dirigent vers la superficie du membre et dans certains points assez bien déterminés; ainsi on les voit faire saillie surtout, en dedans, près du petit trochanter, ou en arrière et en dehors un peu au-dessous du grand trochanter; c'est dans ces points que l'on constate la fluctuation.

Quelquefois ils se dirigent vers d'autres points; on a vu le pus gagner la cavité pelvienne par l'intermédiaire de la séreuse du psoas; dans d'autres cas, le pus pénètre dans le bassin par l'échancrure sciatique.

Les abcès si fréquents de la coxalgie fusent rarement du côté du genou, ce que l'on a attribué à l'élévation de ce dernier.

En dehors des abcès qui prennent naissance dans la région, on constate à la hanche d'autres abcès qui viennent des parties voisines. Les abcès par congestion venant de la colonne vertébrale, arrivent vers la hanche par deux chemins différents, les uns par la région inguinale, les autres par l'échancrure sciatique. On les a vu communiquer avec l'articulation.

Dans la sacro-coxalgie, le pus se porte soit au-dessus du grand trochanter, soit vers le pli de l'aine, vers la partie postérieure de la cuisse ou enfin dans le bassin.

Un abcès développé dans le psoas forme d'abord une tumeur dans la fosse iliaque, puis il s'ouvre à la partie interne de la cuisse, ou à sa partie postérieure, et quelquefois il passe entre le triceps et le droit antérieur.

Les abcès de la hanche présentent les signes ordinaires des abcès ; la fluctuation est quelquefois très-difficile à reconnaître, surtout à la partie postérieure, à cause de l'épaisseur et de la flaccidité naturelle des parties molles. La douleur qu'ils déterminent s'accompagne quelquefois d'impossibilité des mouvements, le membre se place soit dans l'adduction, soit dans l'abduction et la rotation en dehors.

Les abcès péri-articulaires ont été souvent confondus avec la coxalgie. M. Verneuil a cité à la Société de chirurgie deux observations de ce genre : dans l'une il s'agissait d'un abcès ganglionnaire situé en avant de l'article ; dans l'autre, d'un abcès de la bourse du psoas. Des encéphaloïdes ramollis ont donné lieu aussi à des erreurs de diagnostic ; des abcès froids ont été confondus avec la sciatique. Il est un point sur lequel on doit appeler l'attention, je veux parler du développement d'un abcès dans le voisinage du nerf sciatique. On observe alors des douleurs très-vives qui s'étendent à tout le membre ; Robert a rencontré à l'hôpital Beaujon un cas intéressant où des douleurs aiguës accompagnaient un abcès situé sous le grand fessier.

2° Fistules de la région de la hanche.

Les fistules de la région de la hanche succèdent ordinairement à des abcès péri-articulaires, elles sont le plus souvent symptomatiques d'une lésion osseuse ou articulaire.

Les orifices fistuleux sont situés tantôt en avant, tantôt en arrière de l'articulation; de la connaissance de leur siége précis on peut déduire quelques notions diagnostiques. Ainsi, quand l'orifice fistuleux s'ouvre à 6 ou 8 centimètres au-dessous et un peu en avant du grand trochanter vers l'insertion du tenseur du fascia lata la lésion occupe souvent le fémur. Si la fistule siége sous la région fessière, il s'agit plus fréquemment d'une affection du fémur que d'une lésion du cotyle ou de l'os coxal.

Dans les fistules de la région ilio-inguinale, situées au-dessous de l'arcade crurale, il y a généralement altération de l'os coxal (branche du pubis, ischion), et surtout du côté pubien du cotyle; les fistules qui siégent au-dessus de l'arcade sont symptomatiques des abcès intra-pelviens.

L'exploration avec le stylet permettra de préciser le siége de la lésion.

CHAPITRE II. — SIGNES FONCTIONNELS.

Les maladies de la hanche donnent lieu à un certain nombre de signes fonctionnels qui ont une grande importance pour le diagnostic, tels sont : la douleur, la claudication et la contracture musculaire.

1° De la douleur dans les maladies de la hanche.

Considérée comme symptôme des maladies de la hanche, la douleur doit être étudiée non-seulement à la hanche, mais encore au genou.

La douleur à la hanche se rencontre dans toutes les affections traumatiques, elle a une intensité variable et qui est en rapport avec l'étendue, la gravité, et le siége des lésions. Dans l'entorse, la douleur présente une grande acuité, il en est de même dans la luxation; l'existence des nerfs dans les ligaments, démontrée par M. Sappey, nous explique sa violence.

Dans les phlegmasies aiguës de l'articulation coxo-fémorale la douleur est vive, elle s'exaspère par la pression dans l'aine, au niveau du trochanter et au-dessus et en arrière de cette apophyse.

Elle s'accroît par les mouvements qu'on imprime à l'articulation. A part l'acuité, la douleur présente à peu de chose près

les mêmes caractères dans toutes les affections inflammatoires de l'article. Aussi n'insisterons-nous pas ; ajoutons cependant que dans l'ostéite de la tête fémorale, d'après M. Ollier, la douleur existe surtout au niveau du pli inguinal.

Nous devons dire quelques mots de certaines douleurs en quelque sorte sympathiques qu'on rencontre en dehors de toute lésion appréciable de la hanche. Dans ce groupe vient se placer la douleur de la hanche que Coulson a observée chez les femmes dysménorrhéiques au moment de la période cataméniale; cette douleur s'irradiait le long de la cuisse jusqu'au genou et vers la région lombaire. Elle était pongitive, s'exaspérait par la pression, s'accompagnait d'une sensation de froid et empêchait la marche.

Abernethy et Bell, ont signalé des douleurs de la hanche sympathiques de désordres intestinaux, de rétrécissements de l'urèthre, de maladies des reins, du rectum; elles disparaîtraient avec les lésions de ces organes.

Nous arrivons maintenant à la *douleur du genou ;* phénomène intéressant, mais dont malheureusement la cause n'est pas bien connue. Nous ne voulons d'autre preuve de l'ignorance où l'on est de sa nature, que la multiplicité des explications qu'on en a donné; ainsi on a invoqué tour à tour :

1° L'immobilité de l'articulation;
2° La mauvaise position du membre ;
3° L'inflammation du nerf saphène interne, l'irritation du nerf obturateur.
4° L'ostéomyélite par propagation (Richet, Ollier).
5° La sympathie entre la hanche et le genou (Martin et Collineau).

De toutes ces explications il n'en est aucune qui satisfasse complétement l'esprit. Mais si l'explication nous échappe, le fait n'en garde pas moins toute son importance pratique. Dans certaines coxalgies, au début, la douleur du genou précède la douleur de la hanche et tous les autres symptômes de la maladie ; il ne faudra donc pas se laisser induire en erreur par cette douleur du genou, et avant de porter un diagnostic, il faudra explorer avec soin la région de la hanche.

Erichsen (1), étudiant la douleur du genou, dit que lorsqu'elle n'est pas augmentée par la pression sur cette région elle paraît provenir du nerf obturateur. Lorsqu'elle est augmentée par la pression sur les condyles et le corps du fémur, elle indique une inflammation de l'os. Lorsqu'elle coexiste avec un gonflement rapide de la région articulaire et avec des contractions musculaires violentes, elle indique une synovite ou une inflammation de la cavité cotyloïdienne.

2° Contractures dans les maladies de la hanche.

On rencontre à la hanche plusieurs variétés de contracture :

1° La *contracture idiopathique* ou *nerveuse* qu'on observe dans l'hystérie et qui peut simuler des maladies articulaires : la coxalgie, et les autres affections inflammatoires ou douloureuses des articulations. Nous renverrons pour ce point à notre description de la maladie nerveuse de la hanche.

2° La *contracture symptomatique* d'une lésion du cerveau ou de la moelle.

3° La *contracture réflexe.* Cette contracture est très-commune, c'est elle qu'on voit survenir dans presque toutes les maladies douloureuses de la hanche ; c'est elle qui maintient les déviations si caractéristiques du membre dans la coxalgie, dans les arthrites coxo-fémorales, etc. Cette contracture se distinguera des précédentes par l'étude des symptômes locaux et la constatation des altérations articulaires ou autres.

Dans cette contracture, qui a la douleur de la région pour point de départ, nous pouvons faire rentrer la contracture rhumatismale et la contracture des adducteurs que l'on a observée à la suite de la contusion de la hanche (Lesauvage).

4° Enfin, il est une quatrième variété de contracture tout à fait exceptionnelle, c'est la contracture simulée, observée par M. Larrey (2).

---

(1) Pitha und Billroth. Handbuch der Allg. und Spec. chir. 1868.
(2) Philipeaux, *loc. cit.*

On distinguera facilement la contracture de la rétraction musculaire par dégénérescence fibreuse du muscle par l'emploi de l'anesthésie.

L'anesthésie fait disparaître la contracture et permet d'examiner librement l'articulation et ses mouvements. Quand il y a transformation fibreuse du muscle, la rétraction persiste malgré le chloroforme; si la contracture est idiopathique ou réflexe, elle disparaît subitement.

L'emploi du chloroforme sera utile pour reconnaître les contractures anciennes et les différencier de celles qui accompagnent les lésions des centres nerveux. Dans ces dernières, comme MM. Charcot et Bouchard l'ont constaté (1), « les muscles contracturés gardent une rigidité notable, moindre cependant qu'à « l'état de veille, mais suffisante pour empêcher l'extension ou la « flexion complète et pour ramener à la position primitive les « membres dont on avait modifié l'attitude. Si l'on prolonge plus « longtemps l'action du chloroforme, on voit alors l'un des « groupes antagonistes céder un peu à la traction plus puissante « des muscles opposés et déterminer un léger changement dans « l'articulation; puis ce changement obtenu persistait même après « le réveil, et le membre revenait graduellement à sa position « primitive seulement plusieurs heures après la cessation des « inhalations. »

3° Claudication.

Chez les sujets bien conformés la marche s'accompagne d'une série d'oscillations (verticales, latérales, antéro-postérieures) parfaitement régulières; mais par suite d'une altération dans la longueur du membre ou d'une gêne dans les mouvements, ces oscillations peuvent devenir *irrégulières*, la marche offre alors un caractère particulier, on dit que l'individu boîte, qu'il y a claudication.

Cela posé, nous allons examiner les caractères de la claudication dans les maladies de la hanche, laissant de côté la claudica-

---

(1) *Arch. gén. méd.* mars, avril 18 6.

tion qui reconnaît pour cause une lésion de la cuisse, du genou, du pied et qu'il serait bien difficile de confondre avec la première.

I. *Claudication dans les maladies anciennes et non douloureuses de la hanche.* — On peut dire que dans ces maladies, si on en excepte toutefois l'ankylose dans l'extension, la claudication est très-prononcée. Elle présente des caractères qui ne sont pas toujours les mêmes et que nous indiquons dans les quatre variétés suivantes :

1° Les oscillations verticales et latérales sont très-accentuées, il y a de la cambrure lombaire, un balancement du tronc et une projection du ventre en avant des plus caractéristiques.

Ces troubles se produisent au commencement du pas.

Cette variété s'observe dans les luxations congénitales, les luxations traumatiques anciennes, les luxations spontanées.

2° Les oscillations verticales et latérales sont plus ou moins prononcées, le balancement du tronc s'observe au commencement du pas.

La fracture intra-capsulaire du col du fémur est suivi d'une claudication de ce genre.

3° Dans cette variété les oscillations verticales et latérales existent, mais ce qui domine c'est l'exagération des oscillations antéro-postérieures, au commencement du pas. Cette forme de claudication caractérise l'ankylose de la hanche dans la flexion.

4° Ici nous observons le balancement antéro-postérieur du corps; le tronc décrit un arc de cercle qui a son centre à l'articulation du cou-de-pied du côté sain. Ces troubles se montrent pendant la durée du pas. On trouve cette forme de claudication dans l'ankylose de la hanche avec extension,

II. *Claudication dans les maladies récentes et douloureuses de la hanche.* — 1° Au début des maladies de la hanche, la claudication est souvent peu marquée, elle précède quelquefois la douleur. Il est bon dans les cas douteux de faire courir l'enfant, si la claudication existe, elle s'exagère par cet exercice et devient plus manifeste. La claudication non appréciable à la vue peut être reconnue par l'ouïe ainsi que l'a fait remarquer Brodie; on fait marcher le malade et on écoute le bruit de ses pas : le rhythme est-il anormal, il y a claudication; c'est ce signe qu'on

nomme quelquefois *signe du maquignon.* On peut aussi faire marcher le malade sur un sol mou, les empreintes les plus profondes appartiennent au membre sain.

C'est surtout au début de la coxalgie que la claudication peut-être méconnue et qu'il faudra recourir aux modes d'exploration que nous venons d'indiquer. Le signe indiqué par Brodie aurait une grande valeur diagnostique d'après Marjolin.

2° Dans les maladies confirmées de la hanche, la douleur amène une position vicieuse qui rend parfaitement compte de la claudication, souvent très-prononcée qu'on observe alors.

Nous terminerons en signalant un signe très-rare des maladies de la hanche, la rétention d'urine.

4° Rétention d'urine.

La rétention d'urine a été observée quelquefois dans les luxations coxo-fémorales; Malgaigne la signale dans son *Traité des luxations,* et nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ce qu'il en dit : « Elle avait été signalée par Hippocrate comme plus commune « dans la luxation ilio-pubienne. Ce phénomène est en effet d'une « fréquence remarquable. Il a été observé de nos jours par « Larrey, B. Travers, Roux et M. Nélaton. Chez le sujet de « B. Travers, la rétention fut complète pendant deux jours, après « quoi la vessie reprit ses fonctions; mais pendant quelque temps « encore l'urine demeura trouble. Dans le cas de Larrey, la ré- « duction ayant été opérée six ou sept heures après l'accident, « la rétention d'urine ne put être constatée qu'après; mais elle « fut assez forte pour exiger pendant plusieurs jours la présence « d'une sonde à demeure dans la vessie.

Le même symptôme se rencontre dans certains cas de contracture hystérique de la hanche.

TROISIÈME PARTIE.

MALADIES DE LA HANCHE.

Après avoir exposé la séméiologie générale des maladies de la hanche, nous devons maintenant faire connaître les caractères spéciaux que l'on peut rencontrer dans les espèces et même dans les variétés, afin d'avoir tous les éléments du diagnostic; pour arriver à ce but, nous diviserons les maladies en quatre espèces :

1° Maladies traumatiques;

2 Maladies inflammatoires;

3° Maladie nerveuse;

4° Difformités.

A ces quatre chapitres, nous en ajouterons un cinquième, qui, sous le titre de *Maladies rares*, renfermera les tumeurs de la hanche, l'hypertrophie de la tête du fémur et les corps étrangers.

Dans le premier chapitre rentrent les plaies, les contusions, les fractures, les disjonctions, les entorses, les luxations.

Le second chapitre comprend les inflammations des parties molles, des os et de l'articulation.

Le troisième est composé exclusivement par la contracture hystérique de la hanche.

Enfin, le quatrième renferme les pseudarthroses et les ankyloses.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES TRAUMATIQUES DE LA HANCHE.

Les maladies traumatiques forment un groupe bien isolé, dont, en général, on confondra difficilement les variétés avec celles des groupes voisins. Elles se distinguent par leur causes, par la soudaineté de leur début, par leur marche. Nous devons les étudier avec soin, car si on les distingue bien des autres maladies, on peut souvent les confondre entre elles, et de plus elles peuvent être le point de départ d'affections diverses.

Les lésions traumatiques de la hanche dont nous allons donner les signes diagnostiques sont : les plaies, les contusions, les fractures, les disjonctions épiphysaires, l'entorse et les luxations.

I. PLAIES DE LA HANCHE.

Les plaies de la hanche *par instruments piquants et par instruments tranchants* sont d'un diagnostic facile quand elles n'atteignent que les parties molles ; si la plaie est large, on reconnaîtra de suite quels sont les tissus lésés ; si elle est étroite, sinueuse, on pourra craindre une blessure des os ou de l'articulation.—Des blessures du *grand trochanter* ont donné lieu à des fistules de longue durée. — On a rarement l'occasion d'observer des plaies pénétrantes de l'*articulation coxo-fémorale* profondément située au milieu des parties molles; cependant elle peut être atteinte en avant où elle est plus superficielle. Une plaie faite en ce point donne lieu à un écoulement de synovie, que l'on ne confondra pas avec un écoulement de sérosité provenant de la bourse séreuse des psoas. L'écoulement de synovie est plus prolongé que celui qui provient de la bourse séreuse. Il faut se garder de sonder les plaies péné-

trantes de l'articulation pour chercher quelle peut être l'étendue des désordres et s'il y a un corps étranger.

Les *plaies par armes à feu* sont plus graves et présentent aussi plus souvent des difficultés dans le diagnostic. — Il faut ici, contrairement au précepte donné pour les plaies par instruments tranchants, explorer la plaie pour reconnaître les tissus lésés et la présence des corps étrangers. — On observera des fistules quand les os auront été dénudés, nécrosés.

Le point important du diagnostic est de savoir si le projectile a atteint les os, si l'articulation est ouverte, s'il y a des corps étrangers. L'exploration de la plaie donnera des renseignements précieux, de même que la direction du trajet suivi par le projectile, l'examen de ses points d'entrée et de sortie. Néanmoins le diagnostic est quelquefois très-difficile. Jobert (1) rapporte que l'on a vu une balle entrer par la pointe de la fesse, et sortir vers la partie supérieure et interne de la cuisse en contournant l'articulation sans la toucher. — Fauraytin a publié (2) une observation de plaie par arme à feu du grand trochanter ayant simulé une fracture du col du fémur. — Parfois aussi la peau n'offre que des lésions peu considérables qui ne sont pas en rapport avec les dégâts profonds; M. Legouest parle d'un zouave qui reçut à l'Alma un coup de feu traversant l'aine et la fesse. Le blessé marcha pendant dix jours, malgré toutes les observations qu'on lui fit, avec une fracture complète de toute la partie supérieure de la cavité cotyloïde, fracture constatée seulement à l'autopsie (3).

Les plaies par armes à feu de la hanche se terminent quelquefois par ankylose; Larrey rapporte (4) l'histoire d'un officier atteint d'un coup de feu à la hanche au siége d'Alexandrie et guéri avec ankylose. L'autopsie faite 20 ans plus tard fit reconnaître une fracture du col du fémur avec implantation de la balle dans la base du grand trochanter.

---

(1) Jobert, *Plaies d'armes à feu*, p. 246.
(2) *Bull. Soc. anat.*, 17e année, p. 192.
(3) Panas, *Dict. de chir. pratiq.*, 1865, article Articulat., p. 322
(4) Larrey, *Cliniq.*, t. V, p. 243.

II. CONTUSION DE LA HANCHE.

Le coups, les chutes sur la hanche peuvent produire soit une fracture, une luxation, une entorse, soit une simple contusion avec ou sans épanchement sanguin; cette contusion peut elle-même porter sur les parties molles, sur le grand trochanter ou sur l'articulation. Chaque fois qu'il y a eu contusion il faut donc rechercher laquelle de ces lésions existe.

La contusion s'accompagne de gonflement et d'une douleur quelquefois assez vive pour entraîner l'abolition temporaire des fonctions du membre; le bassin présente alors une inclinaison latérale qui a pour résultat d'élever l'épine iliaque du côté malade et de faire croire à un raccourcissement; le membre est dans une légère flexion avec rotation en dehors. Aussi est-on quelquefois très-embarrassé pour arriver au diagnostic, d'autant plus qu'il peut exister des solutions de continuité des os sans changement de longueur et de forme du membre, ou des fractures incomplètes, comme le montre l'exemple cité par Debrou (1) dans la *Gazette médicale*, d'un homme de 62 ans qui s'était fracturé incomplétement le col du fémur.

Dans la contusion, le malade pourra le plus souvent soulever le membre inférieur et appuyer légèrement le talon sur le sol. Si l'on étudie avec soin la longueur du membre, on verra qu'elle ne présente aucun changement, et qu'il n'y a jamais d'allongement réel, comme quelques chirurgiens ont cru l'observer dans certains cas.

Il nous semble peu probable que la *paralysie musculaire* consécutive à la contusion puisse être la cause d'un allongement du membre, comme le croyait Bérard. — D'ailleurs cette paralysie s'observe beaucoup moins fréquemment à la hanche qu'à l'épaule.

La contusion de la hanche ne porte pas directement sur l'articulation coxo-fémorale protégée par les parties qui l'entourent, mais elle se transmet par le col et le grand trochanter. Il est

---

(1) *Gazette médicale*, 1844, p. 173.

t ès-difficile au début de savoir si l'*articulation a été contuse*, ca les douleurs siégeant dans les parties voisines se confondent avec celles qui ont leur point de départ dans l'articulation; mais si les douleurs persistent et surtout si par une pression sur la partie antérieure de l'articulation on les augmente, on sera autorisé à admettre une contusion de l'articulation et il faudra agir en conséquence, car des altérations graves peuvent succéder à ce traumatisme.

La *contusion du grand trochanter* existe presque toujours dans les coups sur la hanche; elle s'accompagne de douleurs qui persistent longtemps et qui inquiètent parfois le chirurgien, dans la crainte où l'on est de voir une inflammation de l'articulation se développer. Ces douleurs opiniâtres peuvent tenir à un écrasement de la lame externe du trochanter et à son enfoncement dans le tissu spongieux; des expériences faites sur le cadavre ont démontré à Bonnet la possibilité de ces lésions. La contusion du grand trochanter est quelquefois suivie d'une ostéite qui peut se terminer par des abcès; on observe aussi assez fréquemment des épanchements sanguins au niveau de la face externe de cette éminence; ils peuvent s'enflammer, s'accompagner de périostite et être suivis de fistules, comme le démontrent plusieurs observations.

Les *contusions des parties molles* ne présentent rien de particulier; les douleurs disparaissent plus rapidement, et l'on voit rarement des paralysies survenir comme à l'épaule. Quant aux décollements de la peau, aux épanchements sanguins sous-cutanés ou sous-aponévrotiques, on les reconnaîtra à leurs signes ordinaires, mais quelquefois avec plus de difficultés que dans les autres régions.

III. FRACTURES.

§ 1. FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

La fracture du col du fémur peut être extra ou intra-capsulaire; avant d'indiquer quels sont les signes propres à faire reconnaître celle de ces deux variétés qui existe, étudions les symptômes qui dénotent une fracture du col.

Les principaux signes sont : la crépitation, l'abolition des fonc-

ons, le raccourcissement, la rotation en dehors ; mais ils ne sont pas toujours réunis.

Nous ne nous arrêtons pas sur la douleur et le gonflement qui se rencontrent dans les fractures du col aussi bien que dans les autres traumatismes de la hanche, et ne présentent rien de caractéristique. La douleur est très-variable, quelquefois à peine marquée, quelquefois très-vive.

La crépitation manque souvent, Boyer affirme même ne l'avoir jamais sentie. D'après les expériences que Brun a faites sur le cadavre, elle serait d'autant plus manifeste que la fracture se rapprocherait davantage du trochanter et que les tissus fibreux seraient plus complétement déchirés.

L'abolition des fonctions du membre s'observe presque toujours après la fracture du col. Cependant quelques malades ont pu se relever et même marcher après l'accident; dans d'autres cas le malade couché a pu imprimer au membre des mouvements de flexion sur le bassin. Dupuytren, Boyer, Sabatier ont vu des cas de ce genre. Ce signe, tout en ayant une grande valeur, n'est donc pas absolu.

Le raccourcissement du membre est un signe précieux, mais difficile à constater avec exactitude. Les différences de longueur indiquées par les auteurs montrent que l'on n'a pas assez tenu compte des causes d'erreur qui existaient dans les procédés de mensuration ; le raccourcissement peut varier, dit-on, de quelques millimètres à 8 ou 10 centimètres, c'est-à-dire que l'extrémité supérieure du fémur a dû s'élever de la même longueur, ce qui suppose entre les fragments une distance qui n'existe pas réellement. Il s'agit donc là d'un raccourcissement apparent, qui varie avec la position du membre, et non avec l'élévation du grand trochanter. En effet, le raccourcissement est d'autant plus prononcé que la rotation en dehors est plus complète ; il diminue quand on fait cesser la rotation, il cesse quand on ramène la pointe du pied en dedans. Dans la fracture du col, il faut reconnaître un raccourcissement apparent et un raccourcissement réel ; ce dernier est généralement peu prononcé, très-difficile à apprécier, et peut même manquer tout à fait; il est plus ou moins étendu d'après Brun, selon que les parties fibreuses sont plus ou moins déchirées. On cite des cas dans lesquels il y avait un al-

longement apparent, ce qui tenait à l'inclinaison du bassin du côté blessé.

La rotation en dehors est un des signes les plus caractéristiques, généralement en rapport avec le degré du raccourcissement; elle est quelquefois assez considérable pour que le pied porte tout entier sur son bord externe. A. Paré, J. L. Petit, Desault, Dupuytren citent des cas particuliers dans lesquels la rotation avait lieu en dedans, ce qui pouvait faire confondre la fracture avec une luxation dans la fosse iliaque. Brun croit que dans ces cas il y a eu une fracture simple du corps du fémur, soit au-dessus, soit au-dessous du petit trochanter, ou simultanément fracture du col et du corps dans l'espace intertrochantérien.

En même temps que la rotation en dehors, il existe dans certains cas une saillie à la partie antérieure du col. Ce signe facile à observer sur le squelette, difficile à constater sur le vivant par la palpation, a été indiqué par M. Laugier.

Dans les fractures du col, le grand trochanter n'occupe plus sa situation normale; sa face externe regarde beaucoup plus en arrière que d'ordinaire. En outre, Robert a constaté que dans la fracture extra-capsulaire, le gonflement du trochanter est constant; il tient soit à la pénétration du col dans cette éminence, soit à l'engorgement des parties molles si la fracture ne porte pas sur le trochanter. L'ascension du trochanter, son rapprochement de la crête iliaque est un signe de peu de valeur, comme nous l'avons démontré plus haut. Quant à la dimension de l'arc de cercle décrit par le grand trochanter, elle est difficile à constater; M. Nélaton l'a cherchée en vain sur les malades et Brun ne l'a pas observée dans ses expériences. Si les deux fragments de la fracture sont séparés l'un de l'autre, le trochanter est alors plus mobile et tourne comme sur un pivot, selon la remarque de Desault.

Dans le diagnostic de la fracture du col, il faut tenir compte de l'âge du sujet.

Peut-on reconnaître s'il y a *pénétration des fragments* ou absence de déplacement?

Cette partie du diagnostic est assez difficile. Cependant on remarque que dans la fracture avec pénétration le trochanter n'est pas mobile, que sa face externe regarde plus en arrière et que

souvent cette face est écrasée ou présente des ecchymoses. La rotation en dehors est plus fixe que quand les fragments sont mobiles l'un sur l'autre; en outre, le blessé a quelquefois pu marcher immédiatement après l'accident, ou bien il peut élever la jambe quand il est couché; j'ajouterai que l'on ne trouve jamais de crépitation (1).

Étudions maintenant le *diagnostic des fractures intra-capsulaires et extra-capsulaires*, et disons de suite que l'on arrive rarement à un diagnostic précis. La plupart des signes donnés par A. Cooper semblent contestables. Les causes qui ont produit la fracture pourront quelquefois mettre sur la voie. Ainsi Rodet a observé que la fracture extra-capsulaire est produite généralement par une chute sur le grand trochanter, et la fracture intra-capsulaire par une chute sur les pieds ou les genoux. Dans la fracture extra-capsulaire on constate parfois un écrasement du trochanter, une pénétration des fragments, du gonflement, des ecchymoses de la hanche, signes qui n'existent pas ou qui existent rarement dans la fracture intra-capsulaire.

En résumé, on pourra affirmer quelquefois que la fracture est extra-capsulaire; dans les autres cas il sera souvent prudent de s'abstenir, d'autant plus que la fracture peut être à la fois intra- et extra-capsulaire. Il serait cependant très-utile de pouvoir porter un diagnostic plus complet dès le début, car le pronostic varie selon que la fracture est extra ou intra-capsulaire; dans ce dernier cas la consolidation est très-rare; quelques-uns doutent même qu'elle ait été constatée.

Si l'on a à examiner une *fracture ancienne*, on arrivera plus facilement au diagnostic de la variété, en comparant les caractères des deux lésions, selon le tableau suivant que nous empruntons à Malgaigne (2), et dont nous adoptons les conclusions.

---

(1) *Lancet*, 1867, — Solly.

(2) Malgaigne, *Traité des fractures*, 1847, p. 702.

DIAGNOSTIC DES FRACTURES ANCIENNES.

Fractures intra-capsulaires.	*Fractures extra-capsulaires*
Marche longtemps gênée et impossible sans support étranger.	Marche promptement sûre et solide.
Raccourcissement s'augmentant à la longue et pouvant ainsi doubler d'étendue.	Raccourcissement à peine susceptible d'augmenter légèrement dans quelques cas, et demeurant en général toujours le même.
Saillie du trochanter accrue en apparence, diminuée en réalité.	Saillie du trochanter toujours plus considérable.
Amaigrissement progressif du membre.	Nutrition du membre conservée.
Mouvements volontaires nuls dans l'articulation coxo-fémorale, et se passant tous dans la région lombaire.	Mouvements volontaires presque entièrement exécutés dans l'articulation coxo-fémorale.

La fracture du col du fémur pourrait être confondue avec une contusion, avec une luxation, ou encore avec une fracture sous-trochantérienne. Dans ce dernier cas, on pourra arriver au diagnostic en saisissant le trochanter en même temps qu'un aide imprimera des mouvements au fémur ; le trochanter restera immobile et ne suivra pas les mouvements du fémur. Dans une observation de Mayet (1), la fracture de l'extrémité supérieure du fémur formait trois fragments; le trochanter était isolé. On crut d'abord à une fracture simple du col ; quelque temps après, le grand trochanter faisant saillie à la partie supérieure de la cuisse par son extrémité inférieure, on corrigea le diagnostic pour admettre une fracture sous-trochantérienne; l'autopsie démontra l'existence de trois fragments. Dans une observation analogue de Piqué (2), une fracture multiple du col et du grand trochanter guérit par un cal volumineux, irrégulier qui, plus tard, fut pris à tort pour une luxation ancienne.

Le diagnostic des fractures du col du fémur est donc quelquefois très-embarrassant, et l'exemple suivant, cité par M. Marjo-

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, août 1837.

(2) *Bull. Soc. anat.*, 11e année, p. 234.

lin (1) à la Société de chirurgie, montre combien les maladies de la hanche sont quelquefois obscures : « Roux, Gerdy, Malgaigne, « Marjolin père, se trouvèrent un jour réunis en consultation, pour « voir un malade âgé de 50 ans, qui, à la suite d'une chute, « éprouvait de vives douleurs dans la hanche. On diagnostiqua « une luxation d'un commun accord, on fit avec des moufles des « tentatives de réduction ; le résultat fut négatif. Quelques an- « nées plus tard, à l'autopsie du malade, on constata une frac- « ture du col du fémur. »

§ 2. FRACTURES DU GRAND TROCHANTER.

La fracture du grand trochanter s'observe rarement sans lésion du col; elle a peu d'influence sur les fonctions du membre. Malgaigne (2) lui consacre quelques pages dans son *Traité des fractures et des luxations*, et il résume ainsi les signes qui permettent d'établir le diagnostic : Il existe une douleur locale, que l'on augmente par les mouvements qui tendent à écarter les deux fragments, tels que la flexion de la cuisse et la rotation en dedans; ces mouvements sont gênés, la crépitation s'obtient difficilement. Le grand trochanter est aplati, ou privé de son sommet.

La fracture du grand trochanter peut présenter quelques variétés : tantôt les fragments sont mobiles, tantôt ils sont maintenus en place par les tissus fibreux; dans d'autres cas il y a simple arrachement du sommet, le trochanter peut être écrasé et donner lieu à des douleurs persistantes comme nous l'avons vu à propos de la contusion.

§ 3. FRACTURES DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE.

La fracture de la cavité cotyloïde peut se prolonger sur les os voisins, ou bien être limitée au rebord cotyloïdien, ou enfin n'intéresser que le fond du cotyle. Le diagnostic en est très-difficile,

---

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1865, p. 59.
(2) Malgaigne, *Traité des fractures*, 1847, p. 710.

et cette fracture est surtout confondue avec celle du col du fémur. D'après Velpeau (1), on pourrait la reconnaître à la dépression du trochanter et en pratiquant le toucher vaginal ou rectal qui permet d'explorer le bassin au niveau de la face interne de la cavité cotyloïde; Velpeau croit que souvent les félures de cette cavité ont été traitées comme de simples contusions. Quant à l'épanchement sanguin (2) dans l'articulation, aucun signe n'en indique l'existence.

La fracture du rebord cotyloïdien siége ordinairement en haut et en arrière. On l'observe surtout comme complication des luxations et on la reconnaît alors à la crépitation et à la facilité avec laquelle la luxation se reproduit quelque temps après la réduction.

§ 4. FRACTURES DE L'OS ILIAQUE.

Les fractures de l'os iliaque, décrites pour la première fois par Duverney, succèdent toujours à des violences directes ; elles s'accompagnent de douleur, de contusion; la marche est impossible; le déplacement est tantôt très-marqué (Sanson), tantôt il manque complétement. Quelquefois la douleur est très-vive et le membre inférieur prend alors une des positions qu'il occupe dans les affections douloureuses de la hanche. J'ai observé un cas de ce genre en 1865, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Gosselin : le membre inférieur était dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, comme dans la coxalgie. Le diagnostic est quelquefois obscur; on recherchera la crépitation en saisissant la crête iliaque en meme temps qu'on fera fléchir la cuisse sur le bassin.

IV. DISJONCTION ÉPIPHYSAIRE.

On sait que l'extrémité supérieure du fémur se développe par

---

(1) *Union médicale*. 1847, t. I, p. 71.
(2) *Bull. Soc. anat.*, 9e année, p. 120.

trois points d'ossification, un pour la tête et un pour chaque trochanter; le grand et le petit trochanter s'unissent à la diaphyse vers l'âge de 16 à 17 ans, et la tête fémorale se confond avec le col vers l'âge de 17 à 18 ans, Ces épiphyses peuvent être séparées du corps de l'os par des traumatismes, et donner lieu à des symptômes analogues à ceux qu'on retrouve dans la fracture du col ou la luxation du fémur, comme le prouve une observation très-intéressante de M. Bousseau.

Obs. I. *Disjonction épiphysaire traumatique de la tête du fémur et des épines iliaques antérieures* (1).

Un jeune homme de 15 ans est renversé par un cheval, et la roue d'une voiture pesamment chargée lui passe sur le bras et la hanche gauches.

Perte de connaissance. — On constate une tuméfaction considérable dans le flanc gauche, l'hypogastre et la partie supérieure de la cuisse. — Peau intacte, ecchymosée. — Epanchement sanguin considérable dans le tissu cellulaire et les muscles.

Le membre est raccourci, le talon gauche en rapport avec la malléole interne du côté droit, la jambe légèrement fléchie, la cuisse dans l'abduction; le membre tout entier repose sur son bord externe devenu postérieur.— Le malade, revenu de sa syncope ne peut imprimer au membre aucun mouvement.

Nouvelles syncopes dans la soirée; *mort*.

Autopsie. Capsule fémorale déchirée à sa partie interne dans une assez grande étendue.— La demi-sphère cartilagineuse qui représente la tête du fémur est complétement séparée du col; on dirait qu'on a fait une coupe sur la tête fémorale, au milieu du rebord cotyloïdien. — Lambeau de périoste de 2 millim. de large qui relie les deux fragments.

La surface fracturée du col est *convexe*, le tissu est peu dense, grisâtre. Au microscope, ostéoplastes incomplets et chondroplastes n voie de transformation. — Du côté de la tête surface fracturée *concave*. Au microscope on ne trouve guèer que du cartilage.

La disjonction s'est donc faite à l'uuion de la portion chondroïde avec la portion spongoïde.

Décollement étendu du périoste du col, déchirure de ce périoste qui s'étend jusqu'au petit trochanter.

On remarquera que ce fait n'a été constaté qu'à l'autopsie, et que rien dans les symptômes observés sur le malade ne permettait de caractériser nettement la nature de la lésion.

---

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1867, p. 283.

Nous ajouterons que Velpeau, cité par M. Labbé (1), a signalé chez les enfants la disjonction des trois pièces de l'os iliaque, sous l'influence d'un traumatisme.

V. ENTORSE.

L'articulation coxo-fémorale est quelquefois soumise à des mouvements forcés qui peuvent être suivis de distensions, de déchirures des parties molles appartenant à l'articulation, ce qu'on observera surtout dans les mouvements forcés d'extension et d'abduction. Dans ces cas on constatera l'existence de douleurs au niveau de l'articulation et de la gêne dans les mouvements; l'examen de la région malade ne donnera pas de signes positifs permettant de distinguer l'entorse de la contusion de l'articulation, mais si l'on a des renseignements sur la position du membre au moment de l'accident, sur les mouvements forcés qu'il a subis alors on pourra croire qu'il y a entorse. Il serait très-important de pouvoir porter le diagnostic dès le début, car l'entorse est chez les individus prédisposés une des causes occasionnelles les plus fréquentes de la localisation des arthrites chroniques et elle demande alors dans le traitement des précautions particulières.

L'entorse pourra être confondue non-seulement avec la contusion, mais avec une fracture de la cavité cotyloïde, avec une fracture du col, et plus rarement avec une luxation. — M. Sédillot en 1838 a publié sous le titre de contusion une observation très-intéressante que nous croyons devoir interpréter d'une manière différente, précisément en nous fondant sur les circonstances dans lesquelles s'était produit l'accident.

La discussion de ce cas montrera qu'un traumatisme de la hanche sans luxation, ni fracture, peut donner lieu à des symptômes analogues à ceux qu'on observe dans ces derniers cas. Voici un extrait de cette observation.

---

(1) Labbé, *De la coxalgie*, Th. agrégat, 1863.

Obs. II. *Entorse de l'articulation coxo-fémorale.* (Sédillot, *Contribut. à la chirurg.*, 1868, t. I, p. 373.)

P..., âgé de 28 ans, tombe à la renverse sur la hanche droite et le grand trochanter, en descendant un escalier. — Le pied droit, engagé sous la rampe, empêche le corps de glisser sur les marches, et les mains retiennent le tronc. Craquement dans la hanche au moment de la chute.

P... se relève sans pouvoir poser le pied droit à terre et gagne son lit avec l'aide d'un camarade. — Aussitôt après l'accident, on constate un raccourcissement du membre inférieur droit, la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin et portée dans l'abduction.

On observe les modifications suivantes dans la mobilité du membre blessé. — Le pied droit reste dans la rotation en dehors, mais le malade peut le diriger en avant et le porter en dedans. — Il peut élever le membre dans sa totalité et le laisser étendu; l'adduction est gênée, l'abduction libre, la circumduction facile; le malade peut s'appuyer légèrement sur le talon.

La douleur présente les caractères suivants: elle est vive à la pression sur l'aine, le grand trochanter et l'articulation; elle est nulle dans les mouvements d'abduction; elle augmente dans l'adduction et la flexion forcée. — On entend un bruit de frottement dans l'aine.

Le pli de l'aine droite est plus profond, plus oblique. — Le pli de la fesse est plus oblique en haut et en dehors. — Le rachis offre dans la station verticale une déviation latérale à convexité regardant à droite.

Deux mois après l'accident, le malade était complétement guéri.

Dans cette observation la cuisse était dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, l'épine iliaque était plus élevée et plus en arrière que celle du côté sain, en un mot il y avait une déviation du bassin et en même temps une déviation de la colonne lombaire. Ces symptômes avaient fait penser à une luxation et à une fracture du col, mais il paraît probable qu'ils ont été occasionnés par un tiraillement des parties fibreuses de l'articulation, produit par la position forcée qu'avait le membre au moment de la chute.

VI. LUXATIONS TRAUMATIQUES DE LA HANCHE.

La tête du fémur peut sortir de la cavité cotyloïde en avant ou en arrière; dans chacune de ces directions elle peut occuper deux positions différentes, ce qui donne quatre variétés principales de luxation. — La fréquence de ces variétés n'est pas la même, la

luxation iliaque est la plus commune, la luxation ischiatique la plus rare (Nélaton).

Les luxations coxo-fémorales peuvent être complètes ou incomplètes; ces dernières sont peu fréquentes, mais leur existence est aujourd'hui un fait acquis à la science; une observation de M. Nélaton (1) et une autre de M. Manec (2) ne laissent aucun doute à cet égard.

Le diagnostic des luxations de la hanche ne présente pas, en général, de grandes difficultés, chaque variété ayant des signes caractéristiques. Plusieurs symptômes sont communs à toutes ces luxations; nous ne ferons que les indiquer : la douleur, l'impossibilité des mouvements, la contusion des parties molles, l'ecchymose, le gonflement. D'autres signes permettent de distinguer les luxations en avant des luxations en arrière; d'autres encore servent à reconnaître la variété à laquelle on a affaire.

§ I. Luxations en arrière.

Dans les luxations en arrière, le membre est dans la rotation en dedans, la flexion et l'adduction. La rotation est plus ou moins prononcée et, suivant son intensité, le gros orteil du membre luxé répond aux orteils, aux métatarsiens ou au calcanéum du côté sain; d'après Malgaigne, la rotation est en rapport avec la distance qui sépare la tête, de la cavité. La fesse forme une saillie plus considérable, et en la palpant on sent la tête du fémur, que l'on peut souvent faire rouler sous la main en imprimant des mouvements au membre; si l'on palpe la région inguinale, on sent une dépression au niveau de la cavité cotyloïde.

Le grand trochanter est plus ou moins élevé et fait une saillie plus marquée, et, selon la remarque de M. Nélaton, il dépasse en arrière la ligne ilio-ischiatique, dans la flexion à angle droit.

La cuisse est élargie à la partie supérieure, ce qui n'aurait pas lieu dans les luxations incomplètes; le membre est raccourci ou allongé suivant les rapports de la tête avec le cotyle.

---

(1) Nélaton, *Path. chir.*, t. II, 1848, p. 437.

(2) *Bull. Soc. anat.*, 2e année, p. 95.

Les mouvements communiqués de flexion, d'adduction, de rotation en dedans sont seuls possibles, et ils se transmettent à la tête du fémur.

La luxation en arrière étant reconnue, il faut maintenant chercher quelle en est la variété. Il y en a deux, avons-nous dit : la luxation iliaque et la luxation ischiatique ; elles offrent les signes des luxations en arrière et, de plus, certains signes spéciaux qui empêchent de les confondre l'une avec l'autre.

A. *Luxation iliaque.*

La luxation iliaque (nous préférons cette dénomination donnée par Malgaigne et Gerdy à celle de luxation ilio-ischiatique employée par M. Nélaton) a pour signes propres une flexion moindre de la cuisse que dans la luxation ischiatique, et une élévation du pli fessier. Le grand trochanter est plus élevé que dans la luxation ischiatique et paraît plus saillant; le membre est raccourci de 1 à 4 centimètres d'après M. Nélaton. La tête du fémur est sentie par le toucher dans la fosse iliaque externe.

B. *Luxation ischiatique.*

La luxation ischiatique (Malgaigne, Nélaton) se reconnaît à une flexion légère, à l'abaissement du pli fessier, à la saillie que fait la fesse au-dessus de l'ischion, point où l'on sent la tête du fémur. Le trochanter est moins élevé que dans la luxation iliaque; le membre est raccourci dans la flexion; il peut atteindre, suivant M. Nélaton, un allongement de 1 à 2 centimètres dans l'extension.

§ II. Luxations en avant.

Dans ces luxations le membre inférieur est dans la rotation en dehors et l'abduction; il est généralement un peu fléchi, rarement étendu; la fesse est aplatie et la région inguinale plus saillante; la palpation fait reconnaître en ce point la présence de la tête.

Le grand trochanter ne fait plus saillie sur le plan externe du

membre; en comparant la région trochantérienne à celle du côté opposé, on voit qu'elle est un peu déprimée.

Comme dans la luxation en arrière, la cuisse est élargie à sa partie supérieure; le membre est tantôt allongé, tantôt raccourci.

On peut imprimer des mouvements communiqués dans le sens de l'extension, dans celui de l'abduction et de la rotation en dehors.

La luxation en avant présente deux variétés, la luxation ilio-pubienne et la luxation ischio-pubienne qui offrent, outre les caractères communs que nous venons d'exposer, quelques caractères spéciaux qui permettent de les distinguer entre elles.

A. *Luxation ischio-pubienne.*

Dans la luxation ischio-pubienne (c'est ainsi que Malgaigne et M. Nélaton désignent celle que Gerdy nomme sous-pubienne), la cuisse est légèrement fléchie et fortement portée en dehors, la jambe ne peut être étendue. Le membre paraît allongé de 3 à 5 centimètres (Nélaton). La saillie de la hanche a disparu, par contre il existe une tuméfaction à la partie supérieure et interne de la cuisse où l'on sent la tête fémorale. Enfin le grand trochanter serait en avant de la ligne ilio-ischiatique.

B. *Luxation ilio-pubienne.*

La luxation ilio-pubienne de Malgaigne, de M. Nélaton, ou sus-pubienne de Gerdy, est caractérisée par l'extension et la rotation en dehors de la cuisse; l'abduction manque souvent, la jambe est étendue sur la cuisse. La tête fémorale est sentie au pli de l'aine. Le membre présente parfois un allongement ou un raccourcissement apparent. M. Nélaton admet un raccourcissement de 1 à 3 centimètres. Enfin on a observé quelquefois à la suite de cette luxation un symptôme tout particulier, la rétention d'urine.

Tels sont les signes qui aideront le chirurgien à faire le diagnostic des variétés de luxation. Peut-on aller plus loin et reconnaître par exemple les *luxations incomplètes?* cela paraît peu probable,

car à part une étendue moindre dans les déplacements et les déformations, il n'y a pas de signes caractéristiques.

Les luxations coxo-fémorales peuvent se compliquer (1), soit de fracture du rebord cotyloïdien, ce que l'on reconnaît à la crépitation et à la facilité des récidives immédiates (2), soit de fractures du col du fémur ou du fond de la cavité cotyloïde.

Ces luxations sont quelquefois confondues avec d'autres traumatismes de la hanche, telles que la contusion, la fracture du col du fémur, celle du cotyle et de l'os iliaque, dont les caractères ont été exposés précédemment.

Quant aux luxations rares, telles que les luxations sus-cotyloïdiennes, sous-cotyloïdiennes, périnéales, leur histoire est encore incomplète et leur diagnostic est par conséquent incertain; elles ne présentent que des symptômes généraux, communs aux luxations que nous venons de décrire.

---

(1) Bouisson, *Tribut à la chirurgie*, 1858, t. I, p. 525.
(2) *Gaz. méd.*, 1842, p. 697.

CHAPITRE II.

MALADIES INFLAMMATOIRES DE LA HANCHE.

Les maladies inflammatoires de la hanche peuvent être divisées en trois classes d'après leurs symptômes et leur siége ; une inflammation de la hanche étant donnée, le chirurgien doit d'abord rechercher quel en est le siége, et voir si elle occupe les parties molles, les os ou l'articulation. Nous étudierons successivement l'inflammation des parties molles, celle des os et celle de l'articulation.

I.

INFLAMMATION DES PARTIES MOLLES.

Les lésions inflammatoires des parties molles de la hanche ne nous arrêteront pas longtemps, car elles empruntent peu de particularités à la région, et, à part les changements qui surviennent quelquefois dans l'attitude du membre, leurs symptômes sont les mêmes que partout ailleurs.

Nous ne ferons donc que citer les *Phlegmons* et les *Abcès* siégeant soit dans le tissu cellulaire, soit dans les bourses séreuses de la hanche. Le diagnostic de ces lésions sera en général facile dans leur forme aiguë ; dans les collections purulentes à marche lente on sera souvent dans l'impossibilité de décider si l'abcès a son point de départ dans le tissu cellulaire, dans une bourse séreuse, dans le grand trochanter ou dans l'os iliaque ; les douleurs limitées produites par la pression sur les os, le cathétérisme des trajets fistuleux aideront à porter le diagnostic. M. Chassaignac (1) a publié une observation dans laquelle un abcès de la

(1) Chassaignac, *Traité de la suppuration*, t. II, p. 675.

bourse trochantérienne pouvait faire croire à une lésion du trochanter. — Si l'abcès se développe à la suite d'une fièvre grave, comme cela a été plusieurs fois observé, les commémoratifs suffiront pour apprendre que l'on n'a pas affaire à une lésion osseuse.

Les *Bourses séreuses* de la hanche peuvent être le siége d'un épanchement séreux, comme semble le montrer l'observation III que je dois à l'obligeance de M. le Dr Thibault; enfin, d'après Malgaigne (1), la bourse trochantérienne serait sujette à renfermer des concrétions cartilaginiformes, on pourrait sentir alors une sorte de crépitation que l'on ne confondra pas avec des craquements se produisant plus *profondément*.

Obs. III.— *Épanchement dans la bourse séreuse trochantérienne.* — X..., âgé de cinquante-cinq ans, a eu autrefois des douleurs rhumatismales. En décembre 1845, à la suite de fatigues et de refroidissements, il a été pris de douleurs à la fesse droite; ces douleurs reviennent par accès, elles ne s'exaspèrent pas par la pression. Pas de tuméfaction, pas de claudication; mouvements de la cuisse assez faciles.

A la fin de décembre les douleurs étaient calmées, mais X. se fatigue de nouveau, et le 10 janvier il se plaint de douleurs très-vives qui s'irradient de l'échancrure sciatique à la partie postérieure de la cuisse droite. Au bout de quelques jours les douleurs se montrent à gauche. Repos absolu, amélioration sensible.

Le 10 mars le malade ne souffre plus; il sort et marche assez longtemps. La douleur reparaît et s'irradie sous la cuisse droite.

Le 20 mars on constate une tumeur au niveau du grand trochanter de la cuisse droite. Peu douloureuse, assez bien circonscrite, cette tumeur paraît située sous le tendon d'insertion du grand fessier. Fluctuation obscure, le liquide ne se déplace pas; elle est attribuée à un épanchement dans la bourse séreuse. Ni allongement ni raccourcissement; mouvements de la cuisse faciles, pas de douleur à la pression derrière le grand trochanter ni sur le trajet des symphyses.

Repos au lit, révulsifs; un mois après le malade était complétement guéri.

Disons maintenant quelques mots du rhumatisme musculaire de la hanche et des eschares de la région trochantérienne.

§ I. RHUMATISME MUSCULAIRE DE LA HANCHE.

Le rhumatisme musculaire de la hanche peut exister à l'état

(1) Malgaigne, *Anat. chir.*, t. II, 1859, p. 720.

aigu ou à l'état chronique, comme cela s'observe dans le torticolis de l'adulte; dans sa première forme, il ne doit pas nous arrêter, le diagnostic en sera facile; dans la seconde forme, il donne lieu à des douleurs, à une gêne dans les mouvements et à une position vicieuse du membre qui pourraient faire croire à une arthrite chronique au début. Cette forme est en effet remarquable par sa fixité, et peut persister des semaines, des mois. Si le rhumatisme a persisté pendant longtemps, il pourra laisser, en disparaissant, une rétraction permanente due à la dégénérescence fibreuse du muscle. A la rétraction active succède la rétraction passive comme l'a établi M. J. Guérin.

Pour reconnaître la contracture rhumatismale de la hanche, on emploiera la faradisation qui la fera bientôt cesser.

§ II. ESCHARES DE LA RÉGION TROCHANTÉRIENNE.

On observe fréquemment des eschares au niveau du grand trochanter à la suite d'un décubitus prolongé, chez des individus atteints de fièvre grave; parfois elles sont accompagnées d'abcès, et même d'ostéite. M. Laroyenne, chirurgien de la Charité de Lyon, a observé chez les enfants qu'à la suite d'eschares survenues pendant une fièvre typhoïde, une variole, etc., le malade se couchant sur le côté sain pour éviter une pression douloureuse, le membre atteint se plaçait dans une demi-flexion et surtout dans l'adduction; quand cette position persistait pendant la convalescence, elle empêchait la marche. Il y aurait dans ces cas, fait remarquer M. Laroyenne, une contracture des adducteurs.

II.

INFLAMMATION DES PARTIES OSSEUSES.

Le squelette de la hanche peut présenter des inflammations indépendantes de celles de l'articulation; c'est ainsi que l'on a vu ces lésions se montrer sur le grand trochanter, sur le col et sur la tête du fémur; quant à l'inflammation primitive de la cavité cotyloïde, elle est excessivement rare.

L'ostéite du grand trochanter présente des caractères qui la sé-

parent nettement de celle qui porte sur le col ou sur la tête du fémur. Cette dernière est décrite par M. Gosselin (1) sous le nom d'*ostéite épiphysaire*; M. Ollier distingue ici l'*ostéite épiphysaire* qui n'atteint que la tête fémorale et l'*ostéite juxta-épiphysaire*, qui siége sur la partie supérieure de la diaphyse.

Nous exposerons d'abord le diagnostic de l'ostéite du trochanter, pour étudier ensuite celui de l'ostéite juxta-épiphysaire.

§ I. Ostéite du grand trochanter.

Le grand trochanter peut s'enflammer à la suite de contusions ou de plaies par armes à feu, ou à la suite de pressions répétées. On observe du gonflement de la région et de la douleur, que l'on augmente beaucoup par la pression. Le membre est légèrement fléchi et il y a de la claudication.

La région inguinale est peu sensible au début et l'on ne trouve pas les points douloureux articulaires.

A la suite de cette ostéite on peut voir se former des abcès qui donnent lieu à des erreurs de diagnostic, soit qu'ils se portent vers la région inguinale ou vers la partie postérieure de la hanche. Si l'abcès s'est formé rapidement, on pourra croire à une arthrite aiguë, ainsi que dans l'obs. IV citée par M. Marjolin; si l'inflammation est lente on pourra penser à une sciatique, ou même à une coxalgie.

S'il y a carie, ou nécrose du trochanter, avec abcès ou fistules, la confusion avec la coxalgie sera encore plus facile.

Chez une malade observée par M. Lefort (2), on constatait tous les symptômes de la coxalgie, mais on ne pouvait arriver sur les os. A l'autopsie on trouva une nécrose du grand trochanter.

Dans une observation de M. Boutel (3), une carie du grand trochanter avec séquestre avait amené un abcès énorme qui fut ouvert au milieu de la cuisse; plus tard on fit deux incisions au niveau du trochanter, et à la mort on constata que l'abcès s'éten-

---

(1) *Arch. méd.*, 1858.
(2) *Bull. Soc. chir.*, 1865, p. 16.
(3) *Bull. soc. anat.*, 14e année, p. 105.

dait jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque externe, entre les muscles fessiers. Il est bien certain que dans un cas semblable, le diagnostic sera difficile.

Pour compléter la description précédente, je vais rapporter les observations communiquées par MM. Marjolin et Hervez de Chégoin à la Société de chirurgie.

Obs. IV.— *Ostéite du grand trochanter ayant simulé une coxalgie* (1).— Chiffonnière âgée de treize ans, forte constitution, entre le 19 décembre 1864 dans le service de M. Marjolin.

Depuis plusieurs jours douleurs à la hanche et à la cuisse du côté gauche. Pas de chute, mais la malade portait habituellement de ce côté un panier assez lourd qui la fatiguait beaucoup.

Claudication, jambe dans la demi-flexion. Déformation très-peu prononcée de l'aine et du pli de la fesse. Douleur à la pression sur le grand trochanter. Abcès à la partie supérieure de la cuisse. On pense qu'il s'agit d'une coxalgie.

Mort le 16 janvier de fièvre typhoïde.

Autopsie. — *Ostéite suppurée du grand trochanter.* — Le reste du fémur est intact. Articulation coxo-fémorale parfaitement saine. Il semble que l'inflammation du tissu osseux soit tout à fait limitée au grand trochanter, qui est le point de départ de l'abcès mentionné.

Dans ce cas à marche rapide les symptômes pouvaient faire penser à une arthrite aiguë, mais non à une arthrite fongueuse dont le début est insidieux et la marche irrégulière et lente.

Observation V (Hervez de Chégoin). — *Contusion du grand trochanter. — Épanchement sanguin. — Inflammation. — Abcès* (2).—Jeune femme de vingt-trois ans, bonne santé. En juin 1864, *chute sur la hanche, douleur passagère.*

Le 8 décembre, à la suite d'une course fatigante, douleur vive dans la hanche qui avait été le siège de la contusion. Le repos est prescrit ; on croit à une *sciatique.*

M. Hervez de Chégoin voit la malade le 3 janvier pour la première fois ; il constate un abcès profond d'une assez grande étendue.

Pas de douleur à la partie antérieure ni à à la partie interne de l'articulation coxo-fémorale. Douleur vive à la pression au niveau du grand trochanter. Le membre a sa longueur et sa direction naturelles. Mouvements pénibles. — On croit à un *abcès extra-articulaire,* mais il reste un point de doute.

---

(1) *Bull. de la Soc. de chirurg.*, séance du 4 janvier 1865.

(2) *Bull. Soc. chir.*, séance du 1er mars 1865.

Vers le commencement de février 1865, le membre se plaça dans l'adduction, les tentatives pour le ramener dans le sens opposé étaient très-douloureuses.

M. Nélaton fut appelé; la malade fut chloroformée, on réduisit la déformation et l'on pratiqua une ponction à la partie inférieure de l'abcès qui s'étendait jusqu'à la moitié de la cuisse. Pus phlegmoneux abondant.

Le dixième jour après la ponction, elle meurt d'érysipèle.

Autopsie. — Le foyer purulent est incisé; il n'offre rien de particulier, mais à sa partie supérieure il communique par une ouverture arrondie pouvant recevoir l'extrémité du doigt avec un autre foyer d'aspect bien différent. Ce second foyer offre une couleur noire; il embrasse toute la circonférence du trochanter; il y a altération du périoste.

L'articulation coxo-fémorale est saine, à part une légère rougeur sans importance de la synoviale.

M. Hervez fait suivre l'observation des remarques suivantes que nous adoptons complétement; la chute sur la hanche qui a eu lieu au mois de juin a occasionné une *contusion du périoste du grand trochanter* avec *épanchement sanguin*, et la collection purulente n'a été que consécutive à ce dépôt sanguin.

§ II. Ostéite juxta-épiphysaire.

Sous ce nom nous comprendrons l'ostéite de la partie supérieure de la diaphyse fémorale.

Les exemples de cette maladie sont rares. M. Gosselin en a publié en 1858 dans son *Mémoire sur l'ostéite épiphysaire*, une très-intéressante observation; M. Marjolin en a cité deux cas à la Société de chirurgie; enfin M. Ollier, qui en a observé un certain nombre, a eu l'obligeance de nous communiquer le résultat de ses recherches.

Avant d'aller plus loin, il est bon de rappeler encore les connexions de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale avec les épiphyses qui la surmontent. Celles-ci sont au nombre de trois : l'une pour la tête (calotte fémorale), l'autre pour la partie saillante du grand trochanter, et la troisième pour le petit trochanter. Cette dernière perd de son importance relativement à la question qui nous occupe. Au point de vue ostéogénique, le col du fémur est le prolongement de la diaphyse. Celle-ci s'étend donc jusqu'à l'articulation coxo-fémorale par l'intermédiaire du col. Comme toutes les extrémités diaphysaires, celle de la partie supérieure du fémur est souvent le siége d'inflammations spontanées (pé-

riostite, périostéo-ostéite) pendant la période de croissance.

Quelquefois son début passe inaperçu, mais le plus souvent elle est bientôt accompagnée de tous les signes classiques de la coxalgie : douleurs au niveau de la hanche, déviation du membre, impossibilité de fléchir ce dernier à cause de la rétraction des muscles périphériques. L'inflammation, quoique débutant dans la diaphyse, n'y reste pas toujours fixée; elle se propage au bout d'un certain temps à l'articulation coxo-fémorale par le périoste qui entoure le col principalement et alors donne lieu à un léger épanchement dans l'articulation. Mais cette arthrite, par propagation, ne joue qu'un rôle secondaire dans un grand nombre de cas. Les mouvements imprimés peuvent être exécutés dans une certaine mesure et sans douleur. Il n'y a pas de tuméfaction appréciable au niveau de la tête, non plus que dans la fosse iliaque. Le siége du gonflement est un peu au dessous du pli inguinal. Sur les sujets maigres, quand on embrasse avec la main l'extrémité supérieure du fémur et qu'on la compare avec la partie analogue du côté opposé, on reconnaît une différence considérable de volume. Le gonflement ne porte pas sur le grand trochanter, c'est en dedans qu'il existe; enfin, il se prolonge plus ou moins le long de la diaphyse fémorale et dans quelques cas jusqu'à la partie moyenne de l'os. Cette tuméfaction du périoste et des couches pariétales du fémur est, d'après M. Ollier, un signe en quelque sorte pathognomonique.

L'état général des malades atteints d'ostéite juxta-épiphysaire présente souvent une très-grande gravité ; on observe un état typhoïde avec phénomènes adynamiques graves; dans ces cas, la mort est certaine.

Quand les symptômes généraux ne dominent pas la scène, le chirurgien peut alors combattre l'état local.

Le diagnostic précis de la lésion est ici de la plus haute importance au point de vue thérapeutique, car ces cas ne sont généralement pas favorables à la résection, surtout s'il y a propagation par en bas. Ils guérissent malgré les abcès. Au surplus, il n'est pas toujours possible de porter un diagnostic exact : en effet, l'ostéite juxta-épiphysaire peut, comme il a été dit plus haut, se compliqur d'une arthrite.

Dans l'*ostéite épiphysaire*, ou de la tête fémorale, M. Ollier a

constaté que la douleur et la tuméfaction existent surtout au niveau du pli inguinal. L'inflammation se propage bientôt à la cavité cotyloïde elle-même, et l'on constate un gonflement plus ou moins marqué dans la fosse iliaque interne au niveau de la cavité cotyloïde.

Les différentes formes d'ostéite que nous venons d'étudier se confondent quelquefois en devenant chroniques, et voici un exemple intéressant :

Obs. VI.—M. Ollier a reséqué l'année dernière 12 cent. environ de la diaphyse fémorale sur une jeune fille âgée de quinze ans, épuisée par la suppuration, et dont la partie supérieure de la fesse était criblée de fistules.—Le grand trochanter était en partie détruit.—L'extrémité supérieure du fémur présentait différentes formes d'ostéite. Dans quelques points, stalactites osseuses. Dans la plus grande partie de son étendue, ostéite raréfiante avec séquestres nombreux. — La tête tenait à peine au col et se trouvait en arrière et en haut de la cavité cotyloïde agrandie, mais encore recouverte de cartilage.— *Cette tête était beaucoup moins altérée que la portion juxta-épiphysaire,* elle avait contracté des adhérences dans les points où elle était dépouillée de son cartilage avec la portion de l'os iliaque avec laquelle elle était en rapport..—L'opération faite depuis un an environ a amélioré l'etat de la malade; mais il persiste encore des fistules, probablement à cause de la propagation de l'inflammation à la partie inférieure de la diaphyse. Il aurait fallu enlever plus de la moitié du fémur, si l'on avait voulu couper dans une partie tout à fait saine.

III.

ARTHRITES DE LA HANCHE.

Les arthrites ou inflammations de l'articulation coxo-fémorale, présentent des caractères généraux qui leur sont communs avec les inflammations qu'on rencontre dans les autres articulations du corps. Mais, outre qu'elles réclament une attention particulière à cause de la gravité de leurs conséquences, chacune d'elles a ses caractères propres et demande une description spéciale de même que chacune a son pronostic et son traitement distinct.

Pendant longtemps toutes les arthrites de la hanche furent confondues sous le nom commun de *coxalgie.* On appliquait même ce nom à certaines affections de parties situées en dehors de l'articulation, par exemple à la contracture hystérique; et l'on considérait aussi le cancer de l'extrémité supérieure du fémur comme donnant lieu à une coxalgie.

Depuis, on a distingué trois formes de coxalgie, *rhumatismale*, *scrofuleuse*, *hystérique* ou *spasmodique*.

Mais cette distinction s'applique surtout aux causes de la coxalgie. Et quelque difficulté que présente le diagnostic de chacune des inflammations de l'articulation coxo-fémorale, comme l'a prouvé la remarquable discussion qui eut lieu en 1865, à la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, nous devons essayer de donner une description spéciale de chacune de ces variétés.

De nos jours, la signification du mot *coxalgie* semble avoir été restreinte. Ce terme rappelle généralement aujourd'hui l'idée de tumeur blanche, d'*Arthrite fongueuse* de l'articulation coxo-fémorale, et nous l'emploierons exclusivement en ce sens.

En se plaçant au point de vue clinique, les arthrites de la hanche se divisent d'abord en arthrites aiguës et en arthrites chroniques. Dans chacun de ces groupes nous établirons des variétés, dont nous exposerons les caractères différentiels.

Les arthrites aiguës de la hanche nous occuperont d'abord, et nous en donnerons une description d'ensemble. Elles forment un groupe bien déterminé ; quant aux espèces, elles présentent, selon la cause qui leur a donné naissance, une réunion de caractères qui permettra de constituer le diagnostic de chacune d'elles.

I. ARTHRITES AIGUES DE LA HANCHE.

L'inflammation aiguë de l'articulation coxo-fémorale est une de ces affections que l'on a rangées dans la coxalgie et qui constituerait la forme aiguë de cette maladie, admise par quelques chirurgiens. Comme nous le verrons plus loin, elle correspond à la coxalgie arthritique d'Erichsen.

L'arthrite aiguë de la hanche diffère par tant de points de la coxalgie, que nous croyons devoir en donner une description à part, à l'exemple de Bonnet (de Lyon), et en nous appuyant aussi sur l'opinion de M. Panas (1).

« Nous pensons, dit ce dernier, que sauf quelques exceptions

(1) *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. III, 1865, p. 427.

« rares, les prétendues tumeurs blanches à marche très-aiguë et « qui, dans l'espace de quelques jours ou de deux ou trois se- « maines au plus, produisent des luxations spontanées et altèrent « profondément une articulation, ne sont que des cas d'hydar- « throse aiguë ou d'arthrite suppurative suraiguë. »

Dans l'arthrite aiguë le malade éprouve une douleur extrêmement vive, augmentée considérablement par les mouvements et par la pression. Ces douleurs reviennent la nuit et sont accompagnées de soubresauts dans le membre inférieur et de cris. Les tissus péri-articulaires sont tuméfiés, les ganglions inguinaux sont engorgés, douloureux. Le membre est généralement dans la flexion et l'abduction; rarement il se place dans la rotation en dedans. Bonnet a observé, cependant, cette position, et il fait remarquer qu'elle favorise beaucoup la luxation; en un mot qu'elle est plus dangereuse que l'abduction.

L'état général du malade est celui qui existe dans toute inflammation aiguë. Si du pus se forme dans l'articulation, on observe alors des frissons et une aggravation des symptômes généraux. A cette époque il peut se former des abcès péri-articulaires, la synoviale peut se rompre et le pus s'infiltrer dans les tissus voisins.

La marche de la maladie est donc rapide et sa durée diffère essentiellement de celle de la coxalgie qui se mesure par des mois et des années.

L'arthrite aiguë peut se terminer par la résolution, par le passage à l'état chronique, par la suppuration compliquée ou non de luxation, suivie d'ankylose, ou enfin suivie de mort.

Cette maladie peut être confondue avec une inflammation des parties molles ou des os. La première se reconnaîtra à la tuméfaction plus superficielle, plus considérable, à la possibilité d'imprimer quelques mouvements légers à l'articulation. Le diagnostic, en cas d'inflammation des os ou d'ostéite épiphysaire, est beaucoup plus difficile. Nous avons exposé précédemment les caractères de cette dernière maladie et les moyens de la reconnaître; nous n'avons donc pas à y insister de nouveau. Nous reproduirons seulement une observation dans laquelle une ostéite du petit trochanter fit croire à une arthrite.

L'arthrite aiguë étant reconnue, il faut en chercher la nature

le diagnostic de l'arthrite traumatique sera facile; elle a été observée à la suite de fractures intra-capsulaires chez le vieillard (1). Les antécédents du malade, l'examen de son état général et des affections concomitantes, vous diront si vous avez affaire à une arthrite rhumatismale, pyoémique, puerpérale, à une arthrite survenue pendant la convalescence d'une maladie grave, telle que fièvre typhoïde (2), fièvre éruptive, ou à la suite d'une blennorrhagie. Cette dernière forme a été observée par M. Verneuil.

Arthrite par propagation ou arthrite secondaire. — L'inflammation peut se propager des os à l'articulation; c'est ce qu'on a observé dans des ostéites simples ou tuberculeuses, dans des nécroses de l'os iliaque, du fémur et en particulier dans l'ostéite juxta-épiphysaire. M. Ollier a donné à ces arthrites le nom d'*arthrite par propagation* ou *arthrite secondaire.*

Ostéite du petit trochanter. — M. Philipeaux (3) a rencontré un cas d'ostéite du petit trochanter simulant une arthrite aiguë, comme on va le voir en lisant l'observation.

« Obs. VII. — En 1862, je fus appelé à donner mes soins à un homme d'une cinquantaine d'années, qui présentait en apparence tous les symptômes d'une *coxalgie aiguë*, douleurs vives et tuméfaction à la hanche, déviation du bassin, douleur au genou, flexion et adduction de la cuisse, raccourcissement. L'ensemble de ces symptômes m'avait conduit à accuser, dès ma première visite, l'existence d'une coxalgie; mais après un examen attentif, je ne tardai pas à reconnaître la présence d'un vaste *abcès trochantérien* situé à la partie interne et supérieure de la cuisse. Je l'ouvris, j'y pratiquai ensuite des injections détersives et iodées; la cuisse se redressa naturellement, et le malade ne tarda pas à recouvrer l'intégrité complète des mouvements de l'articulation coxo-fémorale.

« Je dis que dans ce fait il y avait une maladie du petit trochanter; car l'abcès une fois ouvert, je pus, à l'aide d'un stylet, sentir l'éminence trochantérienne qui se trouvait dépourvue de périoste. »

---

(1) Labbé, *De la coxalgie*, p. 84.

(2) D'après Roser (*), les luxations spontanées de la hanche, après la fièvre typhoïde, sont produites par un relâchement de la capsule et une hydropisie. — Le Dr Capelle (**) a publié trois observations de luxation de la hanche qu'il observa dans une même épidémie de fièvre typhoïde. Ces luxations se sont produites du côté droit, deux furent spontanées, la troisième traumatique.

(3) Philipeaux, *Thérapeutique de la coxalgie*, 1867, p. 33.

(*) Griesinger, *Traité des mal. infectieuses*, traduct. Lematre, Paris, 1868, p. 299.

(**) *Journal de méd. et de chir. de Bruxelles*, 1861.

Dans ce cas les symptômes, la marche de la maladie, et même l'âge du malade s'éloignent de ce que l'on observe dans l'arthrite fongueuse, et sont, au contraire, en rapport avec les phénomènes de l'arthrite suppurée. C'est surtout avec cette dernière que la confusion était possible.

II. ARTHRITES CHRONIQUES DE LA HANCHE.

Les inflammations chroniques de la hanche sont nombreuses, mais toutes ne nous arrêteront pas également, et nous nous occuperons plus longuement de l'arthrite fongueuse.

Nous décrirons deux variétés d'arthrite chronique :

1° L'arthrite fongueuse;

2° L'arthrite rhumatismale chronique.

La hanche présente-t-elle d'autres formes d'arthrite chronique ? L'*arthrite par immobilité prolongée,* semble possible, mais il est douteux qu'elle ait été constatée.

On pourrait rapprocher de cette variété un cas observé par M. Brown-Séquard, à la suite de contractures hystériques, et qu'il explique par un trouble de nutrition dépendant du système nerveux. Nous aurons occasion de revenir sur ce fait.

La forme d'arthrite qui survient quelquefois dans l'ataxie locomotrice n'avait pas encore été observée à l'articulation coxo-fémorale, lorsque M. Ball (1), poursuivant ses études sur les *arthropathies des ataxiques,* a rencontré un cas de ce genre.

§ 1. Arthrite fongueuse. Coxalgie.

L'arthrite fongueuse de l'articulation coxo-fémorale ou coxalgie peut survenir d'emblée ou se développer à la suite d'une contusion de l'articulation, d'une entorse, d'une arthrite simple, ou encore après une ostéite, une carie, une nécrose des os voisins.

Cette affection s'observe surtout chez les enfants et les jeunes gens; elle est de longue durée et présente une marche irrégulière, dans laquelle il est difficile de distinguer des périodes bien tranchées, car la plupart des phénomènes de cette maladie peuvent se présenter à des époques très-variables.

---

(1) *Gaz. hôp.*, 1869, n° 60.

Nous décrirons d'abord les symptômes de la maladie, puis nous verrons s'il est possible d'établir des variétés cliniques dans l'arthrite fongueuse de la hanche; enfin nous examinerons les affections avec lesquelles on peut la confondre.

Dans l'étude de la coxalgie on peut admettre une période de début, une période d'état, et enfin une période de terminaison.

Les travaux de Malgaigne, Parise, Bonnet, de MM. Gosselin, Richet, Panas, Martin et Collineau, Vallette, en guidant mes recherches personnelles, m'ont servi à tracer l'exposé qui va suivre.

Première période. — Le début de la coxalgie est obscur, insidieux ; quand les douleurs surviennent, le malade vous dit qu'il éprouvait déjà depuis quelque temps un sentiment de fatigue, de paresse dans le membre inférieur. La douleur est rarement violente, elle est le plus souvent légère, fugace, présentant des exacerbations, surtout la nuit; elle n'est pas limitée à l'articulation, mais s'étend au contraire le long de la cuisse et semble suivre le trajet des nerfs, ce qui explique les difficultés que l'on éprouve au début à la distinguer de la douleur de la névralgie sciatique. Le genou, à sa partie interne, est presque toujours le siége d'une douleur vive, qui appelle d'abord l'attention du chirurgien, et peut faire croire à une maladie de cette région, tandis que c'est la hanche surtout qui est malade. C'est en ce dernier point qu'il faut rechercher la douleur avec soin; elle existe dans la région inguinale, à la partie antérieure de l'articulation et aussi en arrière du grand trochanter. On la provoque, et par la pression sur le grand trochanter ou sur la plante du pied, le membre étant dans l'extension ; et par la flexion par la rotation de dehors en dedans, comme le conseille M. Guersant. Dans cette dernière manœuvre MM. Martin et Collineau font remarquer qu'il y a tension du ligament de Bertin.

En même temps que la douleur, on constate une position vicieuse du membre ; quelquefois même cette dernière la précède et vous apprenez que le malade boitait avant de souffrir; la jambe est alors très-légèrement fléchie, la pointe du pied portée en dehors et dans la marche le pied ne fait qu'effleurer le sol, le malade n'ose pas s'appuyer sur la plante du pied. Le corps

éprouve un balancement alternatif que Delpech regardait comme caractéristique de la coxalgie.

A cette période, M. Giraldès (1) recommande de chercher le signe suivant : On place le jeune malade debout, les talons rapprochés, le corps d'aplomb sur les hanches, et l'on constate que les deux talons ne portent point également ; celui du côté affecté relève un peu et détermine une légère inflexion du genou.

Dans cette première période on observe, mais rarement, du gonflement à la hanche et quelquefois même au genou.

Tel est le début de la maladie, marqué surtout par des douleurs vagues avec retentissement au genou et par une claudication légère.

Deuxième période. — C'est pendant la deuxième période que se produisent les attitudes permanentes ou vicieuses et les modifications de longueur des membres et que survient la suppuration.

Les douleurs deviennent plus vives, aiguës, exacerbantes, rarement elles restent obscures. Le processus inflammatoire gagne le tissu cellulaire péri-articulaire, ou intermusculaire; de la tuméfaction survient au niveau de la région inguinale et au-dessus et en arrière du grand trochanter. On sent de la chaleur à la peau, signe auquel Hilton attachait une certaine importance. Les abcès circonvoisins se forment quelquefois à cette époque de la maladie. L'inflammation exaspère la douleur qui provoque alors des contractions involontaires des muscles, dont le résultat est encore l'augmentation des souffrances du malade; c'est alors que le membre inférieur présente, par moments, un tremblement rapide ; il y a des soubresauts la nuit.

La fesse est déformée, elle est tuméfiée au début. D'après Brodie, le pli fessier, la grande lèvre sont élevés; du reste, la position des membres influe sur la déformation de la fesse. Plus tard cette région est flasque, aplatie.

Les mouvements de la hanche sont très-limités, douloureux. La contracture musculaire tend à immobiliser l'articulation et si

---

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1865.

elle était un moment diminuée ou suspendue, elle revient de suite quand on veut imprimer des mouvements au membre.

La gêne plus grande de certains mouvements a une importance dans le diagnostic d'après quelques chirurgiens; nous avons vu M. Guersant s'attacher à la rotation de dehors en dedans; M. Verneuil insiste sur la difficulté et l'impossibilité de produire le mouvement d'abduction.

Le membre subit une atrophie par suite de l'immobilité prolongée, atrophie qui se manifeste sur toute la longueur et gagne même le pied. M. Verneuil a constaté que l'atrophie du pied et des orteils est quelquefois très-marquée, et il attache à ce signe une certaine valeur.

Le membre occupe une position vicieuse, dont la fixité augmente de jour en jour; cette position tient, comme l'a démontré Bonnet, à la situation que le malade prend dans son lit. Le coxalgique ne repose pas directement sur le dos, il est couché soit sur le côté malade, soit sur le côté sain.

S'il est couché sur le côté malade, le membre correspondant est dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors ; la cuisse saine est parallèle à la cuisse malade ; le bassin est fléchi sur les cuisses et le côté qui répond à la hanche malade est situé plus bas et plus en avant que celui qui répond à la hanche saine. Il y a allongement apparent du membre malade; jamais il n'y a d'allongement réel.

Si le coxalgique est couché sur le côté sain, le membre malade est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans ; le membre sain est parallèle au membre malade ; le bassin est fléchi et le côté qui répond à la hanche malade est situé plus haut et plus en arrière que celui qui répond à la hanche saine. Dans cette position le membre malade est raccourci, mais ce n'est encore qu'un raccourcissement apparent.

Nous avons vu que dans la coxalgie il n'y avait jamais d'allongement réel. En est-il de même pour le raccourcissement ? Non. On observe un raccourcissement réel quand il y a usure, perforation du cotyle, de la tête fémorale, ou encore luxation iliaque.

Quelquefois le raccourcissement apparent succède à l'allongement; mais, comme Bonnet l'a démontré, ceci tient à ce que le

malade adopte une nouvelle position ; il était couché sur le côté atteint, il se couche sur le côté sain.

Tous les phénomènes locaux que nous venons d'indiquer sont accompagnés d'une réaction générale ; la fièvre est légère, continue, avec des rémittences, le pouls s'accélère au moment des paroxysmes douloureux. L'appétit diminue, les forces s'affaiblissent. Rarement on observe des symptômes généraux graves.

Ces symptômes suivent une marche très-irrégulière ; la maladie semble parfois subir des temps d'arrêt, puis elle reprend sa marche progressive, et ces alternatives, dont le chirurgien est prévenu, doivent l'empêcher de porter trop tôt un pronostic favorable.

Troisième période.— Terminaison.— La coxalgie se termine par la résolution ou par la suppuration compliquée ou non de luxation spontanée, suivie d'ankylose, ou enfin suivie de mort.

La terminaison par résolution s'obtient surtout dans les premiers temps de la maladie par l'emploi d'un traitement rationnel; plus tard, la guérison devient problématiqne.

La suppuration est fréquente, elle survient à des époques diverses et se développe presque toujours lentement. Les symptômes généraux s'aggravent, on observe des frissons. Puis on rencontre au niveau de la hanche des abcès circonvoisins, des abcès fongueux péri-articulaires, ou enfin des collections purulentes venant de l'articulation. Ces abcès s'ouvrent en différents points, il reste des fistules; la fièvre hectique arrive et le malade meurt. Parfois il supporte toutes ces complications, et une ankylose se forme.

La terminaison par luxation est plus rare qu'on ne le croyait autrefois; le déplacement peut se faire dans plusieurs directions; la résolution s'effectue quelquefois dans ce cas, ou bien la suppuration emporte le malade.

La terminaison par ankylose peut s'effectuer dans toutes les positions ; elle survient généralement après la suppuration et quelquefois, mais rarement, sans suppuration.

Il est traité dans une autre partie de ce travail des fistules, des abcès et des luxations.

Variétés de l'arthrite fongueuse de la hanche.— Cette maladie débute tantôt par la synoviale et les parties molles, tantôt par

les os, et dans ce dernier cas elle peut avoir pour point de départ l'acétabulum ou le fémur; bientôt toutes les parties de l'articulation sont malades, mais les altérations portent surtout sur celles qui l'ont été les premières. Est-il possible, dans les premiers temps de la coxalgie, de reconnaître si elle débute par tel tissu ou par tel autre? Des tentatives ont été faites dans ce sens par Erichsen et par MM. Martin et Collineau. Si les caractères qu'ils indiquent ne permettent pas de porter toujours le diagnostic de la variété, ils pourront aider à préjuger de l'étendue et du siége principal des lésions.

MM. Martin et Collineau admettent dans la coxalgie deux formes : la *coxalgie capsulaire* et la *coxalgie osseuse;* leur division est basée, non sur la marche de la maladie qui est lente dans les deux cas, mais sur l'intensité des douleurs du début et sur la rapidité de l'épanchement articulaire.

Dans la forme capsulaire, les douleurs sont exacerbantes, très-aiguës, et reconnaissent pour cause l'inflammation des parties fibreuses. Dans la forme osseuse, au contraire, elles sont obscures, tardives. Quant à l'épanchement articulaire, il est rapide dans la coxalgie capsulaire, et ne se fait qu'à la période de suppuration dans la coxalgie osseuse.

Enfin, M. Ollier a constaté que l'abduction et la rotation en dehors avec allongement du membre sont des signes de la synovite, tandis que dans l'ostéite de la tête et de l'os coxal le membre est raccourci et se place dans l'adduction et la rotation en dedans.

Tout en regardant comme bien difficile le diagnostic des variétés établies par MM. Martin et Collineau, nous attribuons une grande valeur à l'acuité des douleurs comme symptôme de l'inflammation du ligament capsulaire, et nous nous appuyons pour cela sur les recherches intéressantes de M. le professeur Sappey (1).

« Tous les ligaments, dit M. Sappey, reçoivent des ramus-
« cules nerveux, et tous en reçoivent un grand nombre. Sous ce
« point de vue, ils pourraient être assimilés au périoste. Si
« j'avançais qu'ils sont aussi riches en nerfs que l'enveloppe cu-

(1) Sappey, *Traité d'anatomie*, t. I, 1867, p. 472.

« tanée, je me verrais sans aucun doute accusé d'exagération, et « cependant je resterais au-dessous de la vérité. La plupart des « ligaments, en effet, sont plus riches en nerfs que la peau du « tronc et des membres ; mais ils en possèdent moins que la peau « des doigts et des orteils.

. . . . . .

« La sensibilité des ligaments est d'une nature spéciale, bien « différente de celle des parties superficielles du corps. Elle est « très-obtuse à tous les attouchements, à toutes les pressions, à « toutes les irritations mécaniques. Mis à nu sur un animal vi- « vant, on peut toucher les ligaments, les comprimer, les diviser, « les cautériser même, sans qu'il manifeste de grandes souf- « frances. Mais que l'articulation soit soumise à des mouvements « de torsion ou d'élongation forcée, aussitôt il s'agite et fait en- « tendre un cri de douleur. La sensibilité des ligaments se trouve « donc en harmonie avec leur destination. Ils jouent le rôle de « liens, et comme tels ils sont doués d'une certaine somme de « résistance. Lorsque la force qui met cette résistance en jeu « est modérée, nous n'éprouvons aucune sensation pénible. « Lorsqu'elle devient assez énergique, pour l'égaler et surtout « la surpasser, l'intégrité des liens articulaires peut être compro- « mise ; la sensibilité s'éveille alors et s'éveille vivement pour « nous révéler le danger qui les menace.

« Les ligaments sont donc particulièrement sensibles à l'action « de toutes les causes qui mettent en jeu leur résistance ; de là « les sensations douloureuses qui se manifestent dans les articu- « lations maintenues quelque temps dans une attitude forcée ; « de là les douleurs qui accompagnent l'entorse, celles qui suc- « cèdent aux luxations, celles qui se produisent au moment où « le chirurgien cherche à les réduire.

« Cette sensibilité s'exalte sous l'influence de toutes les inflam- « mations aiguës ou chroniques qui peuvent atteindre nos arti- « culations. Elle prend alors le caractère de la douleur et quel- « quefois de la douleur la plus atroce. C'est cette sensibilité « exaltée par un état morbide qui fait le tourment des malades « atteints de rhumatisme articulaire aigu et cause leur effroi à « la perspective du moindre ébranlement ; c'est elle aussi qui « les porte instinctivement, lorsqu'ils sont affectés de tumeurs

« blanches, à placer leurs membres dans la demi-flexion, posi-
« tion qui a pour avantage de mettre les ligaments dans le plus
« grand état de relâchement possible. »

La sensibilité du ligament capsulaire nous explique donc et l'acuité des douleurs qu'éprouvent les malades atteints de coxalgie, et la position que prend le membre pour diminuer la tension des ligaments.

Erichsen (1) décrit trois formes distinctes de coxalgie : 1° la coxalgie arthritique ; 2° la coxalgie acétabulaire ; 3° la coxalgie fémorale.

La première a son point de départ dans les parties molles ou les cartilages ; la description qu'en donne l'auteur répond, non à celle de l'arthrite fongueuse, mais bien à celle de l'arthrite suppurée. La seconde forme commence dans les os du bassin ; la troisième, dans l'extrémité supérieure du fémur. Comme on le voit, Erichsen se propose de reconnaître l'étendue des lésions anatomiques, et il insiste sur l'importance de ce diagnostic quand il s'agit de faire la résection. Le but est bien difficile à atteindre, et il ne faut pas s'attendre à trouver des signes très-caractéristiques ; néanmoins les observations d'Erichsen présentent un assez grand intérêt pour que nous croyions devoir les résumer ici.

1° *Coxalgie arthritique.*— Elle offre les signes d'une inflammation aiguë ; il y a, de la fièvre, des douleurs intenses dans l'articulation, des spasmes du membre avec exacerbation nocturne ; la douleur s'exaspère au moindre mouvement. Le membre est dans l'abduction et immobile ; il y a de la tuméfaction en avant, sous le pectiné, et en dehors au-dessus du trochanter. La terminaison varie selon la constitution du malade et le traitement qui a été suivi. Tantôt on observe la résolution, une guérison lente, tantôt une ankylose complète non précédée d'abcès, et enfin le plus souvent une suppuration avec érosion des os.

La description de la coxalgie arthritique d'Erichsen, comme nous le faisions remarquer plus haut, est donc bien celle d'une arthrite suppurée, et non d'une arthrite fongueuse ; elle ne correspond pas non plus à la forme capsulaire de Martin et Collineau.

---

(1) Erichsen, *The science and art of Surgery*, t. II, 1869, p. 231.

2° *Coxalgie acétabulaire.* — Cette forme est plus fréquente chez les adultes; c'est la plus grave, les symptômes du début sont obscurs ; la douleur est diffuse et siége autour de la hanche plutôt que dans l'articulation même. La suppuration est constante; les abcès se forment derrière l'article, sous les fessiers; ils peuvent s'ouvrir en ce point, ou fuser sous le *fascia lata*, contourner la cuisse ; fréquemment ils sont intra-pelviens, se forment dans la fosse iliaque et se présentent au-dessus ou au-dessous du ligament de Poupart, ou bien ils fusent sur les côtés du rectum ou à travers l'échancrure sciatique et viennent s'ouvrir à la partie postérieure de la cuisse. La luxation spontanée est rare dans cette variété; on observe quelquefois la pénétration de la tête dans le bassin à travers le cotyle perforé.

3° *Coxalgie fémorale.* — Cette variété se montre ordinairement chez de jeunes enfants et est d'origine tuberculeuse. Les abcès se forment au côté externe de la cuisse, à la région fessière, à la partie antérieure, sous le pectiné. Du reste, les symptômes exposés par l'auteur anglais sont ceux de l'arthrite fongueuse, nous n'avons donc pas à les répéter.

Erichsen ajoute à ces signes les indications fournies par le siége et la direction des trajets fistuleux.

Fistules. — Elles occupent trois positions différentes qui varient selon l'os malade et le siége de l'abcès : 1° Si l'orifice fistuleux s'ouvre à 6 ou 8 centimètres au-dessous et un peu en avant du grand trochanter, vers l'extrémité du tenseur du *fascia lata*, la lésion siége presque toujours dans le fémur. 2° Quand la fistule occupe la région fessière, elle indique soit une affection du fémur, soit, moins souvent, une lésion du bassin portant sur le cotyle ou une autre partie de l'os iliaque. 3° Si la fistule s'ouvre dans la région pubienne au-dessus ou au-dessous de l'arcade crurale, elle dépend alors, presque toujours, d'une altération du bassin, et spécialement du côté pubien du cotyle. Si elle s'ouvre au-dessus de l'arcade, elle a probablement pour point de départ un abcès intra-pelvien; au dessous de l'arcade, elle indique une altération des branches des pubis ou de l'ischion.

En résumé les recherches que nous venons de rapporter ne permettent pas de reconnaître avec certitude l'étendue des lé-

sions et ce que disait M. Verneuil (1) à la Société de chirurgie en 1865 est encore vrai aujourd'hui :

« Il est un point du diagnostic qu'il importerait infiniment d'é-
« tablir pour le pronostic et le traitement : je veux parler de l'état
« anatomique des parties malades. Les os sont-ils malades ou les
« parties molles seules affectées, y a-t-il suppuration intra ou
« péri-articulaire, luxation ou seulement attitude vicieuse exagé-
« rée, ankylose vraie ou fausse, due à des brides étendues d'une
« surface diarthrodiale à l'autre ou à la rétraction de la capsule
« et des muscles périphériques, etc. ?

« Il est plus facile de poser ces questions que de les résoudre
« au lit du malade, et cependant les indications et contre-indica-
« tions opératoires en découlent. »

Passons maintenant au diagnostic de l'arthrite fongueuse avec les *autres maladies de la hanche* et des parties voisines, et remarquons que ces maladies ne sont pas les mêmes suivant la période de la coxalgie et que le diagnostic présente aussi quelques particularités suivant l'âge du malade.

Si la coxalgie est au début et permet au malade de marcher ou de ne pas garder tout à fait le lit, on pourra la confondre avec une affection nerveuse, une sciatique, une contracture hystérique, avec le rhumatisme musculaire ou avec une sacro-coxalgie commençante.

Quand la suppuration existe, les maladies qui peuvent simuler une coxalgie sont plus nombreuses ; tous les abcès qui se forment à la hanche ou viennent s'y collecter peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic ; il faut alors rechercher si l'on a affaire à des abcès des parties molles ou à des abcès venant de l'os iliaque, du trochanter, d'une sacro-coxalgie, de la colonne vertébrale ; l'abcès peut encore se former dans la gaîne du psoas ou dans la bourse séreuse de ce muscle, enfin l'ostéite juxta-épiphysaire pourra également faire croire à une coxalgie.

A la dernière période de cette maladie le diagnostic devient moins difficile, mais on est toujours embarrassé pour préciser l'étendue des désordres et des déplacements des os.

---

(1) *Bull. Soc. chirur.*, 1865, p. 38.

Diagnostic de la coxalgie du nouveau-né. — Chez le nouveau-né les symptômes sont bien peu caractéristiques; la hanche est gonflée et fait une saillie peu considérable; le membre est fléchi sur la cuisse, immobile, si on lui communique des mouvements on détermine de la douleur. L'examen de la région donne des renseignements incertains, surtout s'il y a une collection purulente qui masque les symptômes. L'enfant étant maintenu dans une situation verticale, on remarque de suite la position et l'immobilité du membre malade qui contraste avec l'agitation du membre sain. Ce signe est chez l'enfant caractéristique d'une maladie douloureuse de la hanche.

Le diagnostic de la coxalgie du nouveau-né est très-difficile, surtout si la maladie n'a débuté qu'après la naissance; si elle a commencé pendant la vie intra-utérine, les symptômes plus avancés vous éclairent davantage.

En pressant sur le grand trochanter on provoque dans l'articulation une douleur qu'on ne confondra pas avec celle qui résulte de la pression trop forte des langes (1); il suffira d'enlever la cause pour voir dans ce dernier cas bientôt cesser les souffrances. Le diagnostic avec la luxation congénitale sera facile, car cette dernière ne détermine aucune douleur ni aucune réaction.

Les *maladies de la hanche* que l'on peut confondre avec la coxalgie sont nombreuses, mais nous ne ferons que les indiquer puisque nous avons exposé leurs signes caractéristiques dans le courant de ce travail.

On ne confondra pas la coxalgie avec les traumatismes de la hanche, fractures ou luxations, etc.; mais il n'en sera pas de même avec la contracture hystérique, une carie du grand trochanter, une ostéite epiphysaire, un abcès de la hanche, une tumeur développée dans les os ou les parties molles, etc.

Les *maladies des parties voisines* qui ont donné lieu quelquefois à des erreurs sont aussi assez nombreuses; nous distinguerons successivement le diagnostic de la coxalgie de celui de l'arthrite du genou, de la névralgie sciatique, de la sacro-coxalgie, de

---

(1) Labbé, *De la coxalgie*, p. 74.

'inflammation des ganglions de l'aine, des abcès froids de la gaîne du psoas et de ceux de sa bourse séreuse.

Ces maladies extra-articulaires pourront être distinguées d'une maladie articulaire par l'examen attentif de l'articulation, par la recherche de la douleur à la pression en avant et en arrière, par la possibilité, dans certains cas, d'imprimer des mouvements à l'articulation sans augmenter les souffrances du malade ; enfin le cathétérisme du trajet fistuleux, l'emploi du chloroforme seront encore des éléments de diagnostic. Examinons maintenant chacune de ces maladies.

Affection du genou.—La coxalgie est accompagnée souvent dans les premiers temps d'une douleur du genou assez vive pour donner le change au chirurgien. Il suffira d'examiner la hanche pour éviter l'erreur. Quelquefois, comme l'a observé Holmes (1), le genou est malade en même temps que la hanche, c'est un fait dont il est bon d'être prévenu.

Névralgie sciatique. — La sciatique a été prise quelquefois pour une coxalgie et réciproquement; elle présente des points douloureux à la hanche, au genou, et est accompagnée de douleurs spontanées et quelquefois même d'une attitude vicieuse. Néanmoins on arrivera au diagnostic en cherchant tous les points douloureux indiqués par Valleix, en remarquant que la douleur est très-limitée. Si l'on presse immédiatement auprès du lieu d'élection, la douleur est à peine marquée; ce fait ne s'observe jamais dans la coxalgie ou la douleur est toujours plus ou moins diffuse autour de l'articulation. De plus, l'attitude des malades atteints de sciatique est caractéristique, comme l'a remarqué Teissier (de Lyon) (2) : ils marchent courbés sur eux-mêmes et pour ainsi dire en saluant, tandis que dans la coxalgie le corps est dans une rectitude exagérée.

Sacro-coxalgie. — Cette maladie est au début facile à confondre avec la coxalgie; elle a avec cette dernière plusieurs symptômes communs tels que la douleur du genou, ainsi que

---

(1) Holmes, *The surgical treatment of the diseases of infancy and childhood*, par T. Holmes, 1868, p. 446.

(2) *Thèse* de Bonnes, p. 60.

M. Laugier l'a observé, et la position vicieuse du membre. Cette dernière cependant ne survient que plus tard ; d'après M. Laroyenne (de Lyon), dans la sacro-coxalgie le côté du bassin affecté serait toujours abaissé.

Cette maladie peut se distinguer de la coxalgie par la conservation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale et par l'absence de douleurs dans cette articulation, tandis que la pression sur le sacrum, sur l'os iliaque, sur l'épine iliaque postéro-supérieure montre que la douleur a son point de départ au niveau de la symphyse sacro-iliaque ; le toucher vaginal ou rectal pourra dans certains cas aider au diagnostic.

Inflammation des ganglions de l'aine. — Elles peuvent quelquefois, à première vue, faire croire à une coxalgie. — L'inflammation, la suppuration de ces ganglions forcent le membre à se placer dans l'abduction et la rotation en dehors, mais l'examen de l'articulation empêchera le plus souvent de tomber dans l'erreur.

M. Verneuil (1) cite l'exemple d'un malade qui présentait à la partie antérieure de l'articulation un abcès, provenant des ganglions iliaques externes, qui fut pris pour une coxalgie.

Abcès dans la gaine du psoas. — Dans cette lésion, qui reconnaît fréquemment pour cause une maladie de la colonne vertébrale, le malade éprouve à la région lombaire une douleur plus ou moins vive qui augmente dans la station verticale et les mouvements du membre, surtout ceux d'extension et de rotation en dehors.

Un signe important, c'est celui de la sensation de flot que l'on observe à la partie inférieure de la tumeur quand le malade crie ou tousse, la partie inférieure de la tumeur augmente également dans la station verticale. Si l'abcès est ouvert, on constate que dans ces divers temps le pus sort en plus grande quantité par la fistule (2).

Le diagnostic sera généralement assez facile s'il s'agit d'un

---

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1865.

(2) Bonnes, *Th.*, Montpellier, 1860.

abcès de l'aine ayant son point de départ dans une carie du bassin.

Suppuration de la bourse séreuse du psoas iliaque. — Le diagnostic sera parfois assez difficile dans ce cas; comme la bourse du psoas communique souvent avec l'articulation, son inflammation pourra se propager à cette dernière. L'inflammation aiguë de la bourse séreuse se reconnaîtra à la localisation de la douleur et du gonflement et à la gêne des mouvements d'extension et de rotation en dehors de la cuisse; si une confusion était possible, comme dans le cas de psoïtis aiguë, ce serait avec une artrhite aiguë et non avec une arthrite fongueuse.

S'il s'agit au contraire d'un abcès développé lentement dans la bourse séreuse, comme M. Verneuil l'a observé (1), la confusion avec la coxalgie sera possible; chez le malade de M. Verneuil, le membre était dans l'abduction et la rotation en dehors, il y avait un allongement apparent et une impossibilité des mouvements; aussi put-on croire pendant quelque temps à une coxalgie.

Carie du bassin. — La carie du bassin donne lieu à des abcès, à des fistules qui occupent parfois les mêmes points que dans la coxalgie; on arrivera au diagnostic en recherchant les endroits où siége surtout la douleur, en étudiant la situation de l'abcès, en sondant les fistules.

M. Ollier a vu un cas d'ostéite limitée au voisinage de l'épine iliaque antérieure et inférieure dans lequel la flexion et l'adduction de la cuisse rendaient le diagnostic assez difficile; un stylet introduit par une des fistules conduisit sur les parties osseuses malades et permit de reconnaître la lésion. L'issue d'un petit séquestre amena la guérison.

§ 2. Arthrites rhumatismales chroniques de la hanche.

L'articulation coxo-fémorale est parfois le siége d'arthrites chroniques qui se présentent avec un ensemble particulier de symp-

(1) *Bull. Soc. chir.*, 1865.

tômes, et sont généralement attribuées à l'influence de la diathèse rhumatismale. Ces arthrites doivent nous occuper un moment, quoiqu'elles soient souvent au-dessus des ressources de l'art, mais elles ont parfois donné lieu à des erreurs de diagnostic. Leur aspect, leurs symptômes ne sont pas toujours les mêmes ; aussi peut-on admettre deux variétés principales, fondées sur l'existence ou la non existence des stalactites osseuses péri-articulaires, que la palpation permet de reconnaître.

Nous étudierons donc les caractères cliniques de :

1° L'arthrite chronique simple ;

2° L'arthrite chronique avec ostéophytes.

A. *Arthrite chronique simple.*

Cette variété, décrite par Robert Smith et Adams (de Dublin), ne s'observe guère qu'à partir de cinquante ans. Il se produit dans la tête du fémur et dans l'os iliaque une sorte de résorption interstitielle qui a pour résultat l'aplatissement de la tête, la diminution du col, l'élargissement du cotyle ; les surfaces osseuses se recouvrent d'une incrustation ayant l'aspect de la porcelaine ; on n'observe pas de stalactites osseuses, comme dans l'autre variété.

Cette maladie se manifeste au début par une douleur dans l'articulation ; le membre et le pied sont portés en dehors, le grand trochanter est plus proéminent ; les muscles de la cuisse sont atrophiés, mais ceux du mollet le sont peu. La pression de la tête sur le cotyle n'augmente pas les douleurs ; dans l'exercice modéré la douleur et la roideur des membres diminuent ; là comme dans toutes les arthrites, le bassin prend une position vicieuse qui agit sur la longueur apparente du membre. Ajoutons que la connaissance des antécédents des malades révèle l'existence de la diathèse rhumatismale. L'absence de symptômes de réaction ne permet pas de confondre cette lésion avec les affections aiguës de la hanche. On va voir ce qui la distingue également de l'arthrite déformante.

Cette variété d'arthrite chronique, accompagnée de mouvements plus étendus et d'une solidité moindre du membre, a été obser-

vée par Michon (1). M. Laroyenne (de Lyon) a eu l'occasion de la rencontrer trois fois, et ses malades présentaient les symptômes que nous avons rapportés plus haut.

B. *Arthrite chronique ostéophytique.*

Cette variété d'arthrite chronique, appelée encore *arthrite sèche*, a été étudiée sous les noms de *morbus coxæ senilis, rhumatisme articulaire chronique primitif, coxarthrocace senile* (Hattier), *arthrocace, arthrite déformante* (Niemeyer), *arthrite ostéophytique* (Ollier); elle est bien connue depuis les travaux de Robert Adams (2), de Plaisance (3), de Colombel (4), de M. Broca (5), de M. Dolbeau.

Cette maladie demeure longtemps à l'état latent avant de se déclarer par des symptômes physiques appréciables. Le malade ressent dans l'articulation de la hanche des douleurs vagues, passagères, avec une certaine gêne dans les mouvements; ces douleurs ne s'observent jamais sur des points éloignés, comme dans la coxalgie, elles ne sont pas provoquées par la pression. Quelquefois elles sont accompagnées d'une rétraction musculaire invincible qui influe sur la production des déviations des os. Plus tard, l'articulation se déforme et l'on reconnaît l'existence de productions osseuses nouvelles développées dans le ligament capsulaire, dans les muscles voisins; on les sent facilement dans la région inguinale, et aussi à la partie postérieure de la hanche; le grand trochanter augmente quelquefois de volume. Un bruit de craquement se fait entendre dans l'articulation, dont les mouvements quelquefois très-restreints ne sont jamais complétement abolis. Quelquefois ils sont plus étendus : tel était le cas chez un malade de M. Valette (de Lyon). On remarque que la roideur et l'engourdissement sont plus prononcés avant la marche qu'a-

---

(1) *Gaz. hôpit.*, 1848, p. 549.
(2) Adams, *A treatise on rheumatic gout*, London, 1857.
(3) Plaisance, *Du rhum. artic. chroniq. primitif*, Th., Paris, 1858.
(4) Colombel, *Rech. sur l'arthrite sèche*, Th. Paris, 1862.
(5) Broca, *Bull. Soc. anat.*

près. Le malade boite, et dans la marche, la pointe du pied est en dehors et la plante appuie sur le sol; il éprouve de la difficulté à plier le corps en avant; la cuisse est atrophiée, mais d'après la remarque de Smith, le mollet conserve son volume normal.

A son degré le plus avancé, l'arthrite sèche, avec ses phénomènes combinés parfois de résorption et de production osseuse, peut amener une hypertrophie considérable de la tête du fémur, ainsi que l'ont observé MM. Ball et Ranvier; elle peut amener une fausse ankylose, ou bien s'il y a atrophie de la tête avec élargissement du cotyle, on verra se produire des luxations; dans deux cas observés par M. Ollier, les déformations étaient telles que les malades pouvaient à volonté produire une luxation du fémur en portant le genou en dedans. Cette maladie apyrétique, sans réaction générale et à marche progressive inévitable, s'observe chez des individus qui présentent les caractères de la diathèse rhumatismale; il faudra donc insister sur les antécédents pour compléter le diagnostic.

L'arthrite sèche de la hanche se rencontre dans deux variétés de rhumatisme articulaire chronique; tantôt il existe en même temps des déformations sur un grand nombre d'autres articulations, particulièrement sur celles du membre supérieur : la lésion appartient alors au *rhumatisme articulaire chronique progressif*; tantôt, il n'y a qu'une ou deux articulations prises : c'est le *rhumatisme articulaire chronique partiel;* dans cette variété, la hanche est un lieu d'élection, et l'on observe encore ici la loi de symétrie des arthrites rhumastimales chroniques, en ce que presque toujours on constate des altérations analogues dans la hanche du côté opposé.

L'arthrite sèche se distinguera facilement des affections aigües douloureuses de la hanche, on ne la confondra pas avec l'arthrite fongueuse; les antécédents, l'âge avancé du malade, l'état des autres articulations empêcheront une erreur semblable. Quelquefois les douleurs d'une sciatique chronique offriront les caractères de celles que l'on observe dans l'arthrite sèche, comme M. Gosselin l'a observé. Nous avons décrit plus haut les symptômes qui ne permettent pas de confondre l'une avec l'autre.

On sera souvent bien embarrassé pour porter un diagnostic sur un malade qui présente une hanche déformée, peu ou pas

douloureuse, avec des saillies osseuses, et une mobilité plus ou moins considérable ; s'agit-il d'une arthrite sèche, d'une fracture ancienne ou d'une luxation ancienne (1), l'examen de la région laissera souvent dans le doute, mais les antécédents serviront à éviter l'erreur; d'ailleurs ici le diagnostic n'a qu'un intérêt secondaire, puisque aucun traitement efficace ne peut en être la conséquence.

Quelquefois les os, la tête du fémur, subissent une hypertrophie considérable qui peut faire penser à toutes sortes de maladies chroniques, à des tumeurs de la hanche, du bassin, etc. Nous ne pouvons que renvoyer pour chacune de ces maladies à la description que nous avons donnée de leurs symptômes caractéristiques.

III. HYDARTHROSE DE LA HANCHE (2).

L'existence de cette maladie longtemps mise en doute, est aujourd'hui généralement admise. Bérard (3) rapporte qu'elle a été rencontrée plusieurs fois par Cloquet à la suite d'écoulements blennorrhagiques et par Joly (4) sur un cadavre ; M. Maisonneuve, dans son travail sur *la Coxalgie*, en reproduit plusieurs observations. Depuis elle a été observée quelquefois.

Néanmoins l'hydarthrose de la hanche n'a jamais été décrite à part, et son histoire est généralement confondue avec celle de la coxalgie. Cette confusion s'explique par la similitude de quelques symptômes des deux maladies.

L'hydarthrose, tantôt indolente, tantôt douloureuse, s'accompagne quelquefois dans ce dernier cas de douleur au genou; alors on observe aussi une légère flexion du membre, avec abduction, claudication et une gêne dans la marche. La synoviale

---

(1) *Gaz. méd.*, 1835, p. 183. — Arthrite sèche, compliquée de fracture du col, prise pour une luxation iliaque.

Bull. Soc. anat., 23e année, p. 316. — Arthrite sèche prise pour une luxation sus-pubienne.

(2) En rangeant l'hydarthrose dans les inflammations, je n'entends rien préjuger de sa nature; mais je crois que le plus souvent elle est due à un processus inflammatoire à marche lente.

(3) *Dict. en 30 vol.*, t. XV, 1837, p. 10.

(4) Joly, *Dissert. sur les hydropisies des synoviales*, 1829, p. 14.

distendue soulève un peu la région inguinale et les muscles fessiers au-dessus du trochanter; les parties molles péri-articulaires ne sont pas infiltrées comme dans l'arthrite fongueuse.

L'hydarthrose de la hanche peut se terminer par résorption; par rupture du ligament capsulaire comme dans une observation de Bretonneau (de Tours) (1); par luxation, fait qui a été observé pour la première fois par J. L. Petit; enfin par tumeur blanche, par arthrite fongueuse.

Cet exposé montre qu'il n'y a rien de caractéristique dans les symptômes de l'hydarthrose et que si quelquefois le diagnostic sera possible, souvent on ne pourra y arriver.

Il est un signe d'une grande importance, qu'il ne faudra pas négliger de rechercher, je veux parler du *choc cotyloïdien*, indiqué par M. Ollier, et qui est produit par le choc de la tête fémorale contre la cavité cotyloïde. — On le rencontre dans la synovite chronique avec ou sans altération des cartilages et des os. — Pour le percevoir, il faut faire coucher les malades sur le ventre, on saisit alors le bassin avec les deux mains, qu'on place de chaque côté de manière à fixer le trochanter et la crête iliaque, puis on imprime sur le grand trochanter du côté malade et avec le talon de la main des pressions rapides et répétées. — Le choc est parfois aussi nettement perçu que celui de la rotule sur la partie antérieure et supérieure des condyles du fémur dans les cas d'hydarthrose du genou. Ce signe est précieux au début, alors qu'il y a peu de liquide dans l'articulation; car à cette période, par la palpation il est à peu près impossible, vu la profondeur et la couche épaisse des parties molles qui séparent de la synoviale, de découvrir la moindre trace d'épanchement. Inutile d'ajouter que dans les cas aigus ce signe ne peut pas être mis en lumière à cause des douleurs violentes que provoquerait sa recherche.

Je rapporte ici une observation d'hydarthrose de la hanche qui donne un bon exposé de la maladie et fait connaître en même temps ses lésions anatomiques.

---

(1) Parmentier, *Inflam. des surf. séreuses articul.*, Th. Paris, 1827.

Obs. VIII. — *Hydarthrose coxo-fémorale; luxation incomplète du fémur* (1).

L..., âgé de 12 ans, chétif, ressentit, vers le mois de juillet 1837, des douleurs sourdes dans le haut de la cuisse droite. D'abord peu vives, ces douleurs s'accrurent, s'étendirent au genou, en même temps qu'elles occupèrent la hanche, l'aine et la cuisse. — Trois mois après le début de sa maladie, il ne marchait plus qu'avec beaucoup de difficulté, et sa jambe lui semblait plus longue que l'autre. On ne lui fit aucun traitement.

Au mois de juillet 1838, les douleurs devinrent plus violentes et le forcèrent à garder le lit. Un jour il s'aperçut que sa jambe, loin d'être plus longue, était devenue plus courte que la gauche. Il nous a été impossible de savoir si ce raccourcissement était survenu subitement par l'effet d'un mouvement exagéré, ou lentement, ce qui est plus probable. Un mois environ après le 31 août 1838, il fut apporté à l'hôpital des Enfants Malades, salle Saint-Côme, nº 4, dans le service de Malgaigne.

L'enfant est d'une constitution détériorée. Le sommet des poumons contient des tubercules ramollis.

Il se plaint de douleurs dans la hanche droite et dans le genou du même côté. Il ne peut exécuter aucun mouvement de la cuisse sur le bassin; ceux que l'on cherche à lui imprimer sont très-douloureux, les mouvements de la jambe sur la cuisse sont faciles.

La hanche du côté droit offre des altérations remarquables, les fosses iliaques interne et externe sont le siége d'un gonflement uniforme, résistant, dépressible, sans fluctuation évidente. La tête du fémur n'est pas distinctement sentie dans la fosse iliaque externe. Le fémur est légèrement fléchi sur le bassin, il est porté dans l'adduction, et tout le membre légèrement tourné en dedans, ce que l'on reconnaît à la pointe du pied. Le pli de la fesse est remonté de plus de 2 centimètres, il est plus éloigné de la ligne médiane que celui du côté sain, de 5 millimètres. Le bassin se meut d'une seule pièce avec les membres. Il y a raccourcissement réel, dépendant d'une luxation.

Le membre est atrophié; c'est au-dessus du genou que la différence est la plus grande : 28 centimètres pour le côté sain, 25 pour le côté malade. Au milieu de la cuisse et au mollet, il n'y a que 2 centimètres en moins.

L... est pris d'une varioloïde pustuleuse à laquelle il a succombé le 24 novembre 1838.

Nécropsie. — Tubercules dans les poumons.

Hanche droite. — Le tissu sous-cutané est infiltré d'une sérosité jaunâtre peu abondante. Les muscles de la hanche, séparés et coupés un à un, sont atrophiés et un peu décolorés. La capsule, facile à séparer des parties voisines, est intacte. Elle est distendue par un liquide reconnaissable à la fluctuation La tête du fémur, luxée, forme un relief facile à circonscrire en haut et en arrière; on peut la

(1) Parise, Arch. gén. méd., 1842, p. 30.

réduire en fléchissant la cuisse et en la portant dans la rotation en dehors; un mouvement inverse reproduit la luxation. Le liquide contenu dans l'article environne le col du fémur, et se trouve surtout amassé en avant et en bas; la cavité cotyloïde en est remplie. La capsule, incisée en avant, laisse échapper une sérosité jaunâtre contenant quelques flocons albumineux.

La cavité cotyloïde n'offre pas d'altérations, elle ressemble à celle du côté sain, son cartilage est intact, le tissu adipeux qui en occupe le fond est plutôt atrophié que tuméfié.

La capsule, un peu rouge à sa face interne, est plus molle et plus épaisse que celle du côté opposé. Le bourrelet cotyloïdien est aussi moins ferme, surtout en haut et en arrière où s'applique la tête fémorale. Il est affaissé, et le doigt sent, au-dessous, la saillie osseuse du sourcil cotyloïdien. Le ligament rond est allongé, aplati, mais existe.

La tête du fémur a le même volume que celle du côté opposé, cependant elle est un peu déformée. Elle présente à son sommet une rainure dirigée d'avant en arrière, qui résulte de l'impression du sourcil cotyloïdien; car c'est par ce point que la tête luxée appuie sur l'échancrure postéro-supérieure. Le ligament rond vient s'insérer au fond de cette rainure. Une autre dépression plus large, plus superficielle, règne sur la partie supérieure de la circonférence de la tête du fémur; elle paraît due à un amincissement du cartilage diarthrodial en ce point. En comprimant fortement la tête vers son sommet, on sent qu'elle s'affaisse; ce qui fait présumer une altération intérieure démontrée par une coupe verticale qui passe en même temps par le grand trochanter. Cette coupe, comparée à une semblable pratiquée sur le fémur du côté opposé, fait voir le col et le trochanter sains. La tête est altérée, sa coloration est plus foncée, ses cellules plus larges renferment un liquide noirâtre. Le scalpel y pénètre avec facilité; mais cette altération est bornée au sommet dans le point correspondant à la rainure dont nous venons de parler.

Le fémur droit avait 12 millim. et le tibia un centimètre de moins en longueur que les mêmes os du côté gauche.

Enfin, nous devons faire rentrer dans les arthrites chroniques de la hanche, l'*arthrite goutteuse* qui atteint quelquefois l'articulation coxo-fémorale; mais le diagnostic de cette arthrite est en général facile, car elle se développe quand déjà d'autres manifestations de la goutte existent depuis longtemps.

CHAPITRE III.

MALADIE NERVEUSE DE LA HANCHE.

Brodie (1), en 1836, a appelé l'attention des chirurgiens sur les maladies nerveuses des articulations, et il a décrit sous le nom de *coxalgie spasmodique* les contractures du membre inférieur simulant une lésion de l'articulation de la hanche. Depuis, cette affection a été observée et étudiée par plusieurs chirurgiens parmi lesquels il nous suffira de citer Robert (2), qui lui a donné le nom de *coxalgie hystérique*, MM. les professeurs Gosselin et Verneuil (3), et enfin M. Philipeaux (de Lyon) qui lui a consacré un intéressant chapitre dans son *Traité de thérapeutique de la coxalgie.*

La maladie nerveuse de la hanche ou *contracture hystérique* débute brusquement et la contracture suit immédiatement la douleur. Cette dernière présente des caractères qui la différencient tout à fait de celle que l'on observe dans les arthrites. Elle existe à la hanche, aux lombes, à la cuisse, au genou, parfois même elle s'étend à la jambe et jusqu'aux malléoles; elle est plus prononcée dans les parties superficielles que dans les parties profondes, augmente dans les mouvements et à une pression légère, à un pincement des parties molles superficielles, et cette augmentation s'observe non-seulement quand on presse à la hanche, mais aussi sur l'os iliaque, sur la cuisse, etc. Pincez la peau, dit Brodie, soulevez-la, vous provoquez plus de douleur qu'en faisant jouer la tête de l'os dans l'article.

---

(1) Brodie. *Leçons sur les maladies hystériques nerveuses des articulations.* Londres, 1836. — Brodie. *Neuralgia of the Joints*, 1850.

(2) Robert. *Conférences de clinique chirurgicale.* Paris, 1860.

(3) *Soc. chir.*, 1865.

Parfois les douleurs sont atroces et atteignent un degré de violence extraordinaire; Herbert Mayo (1), pour une douleur de ce genre, a pratiqué successivement deux fois l'amputation de la cuisse, et une fois la résection de la tête du fémur !

La douleur s'accompagne souvent d'hyperesthésie de la peau; Brodie a observé une fois de l'anesthésie. La nuit, le malade ne souffre pas, des mouvements s'exécutent pendant le sommeil et le malade n'est pas réveillé par des soubresauts.

Les muscles des régions douloureuses sont contracturés, et à la pression on éprouve une résistance due à la dureté des muscles. On observe quelquefois de la tuméfaction, une sorte de turgescence au niveau de la hanche et de la cuisse.

Le membre présente la même attitude que dans les arthrites; mais on rencontre plus souvent l'*extension* que dans ces dernières. Quand il y a extension du membre, la hanche n'est pas déformée; cependant, dans un cas il y avait en même temps rotation du pied en dedans (Robert), dans un autre (1) le bassin était élevé du côté malade.

Généralement le membre est dans la flexion et il peut se porter soit dans l'adduction, soit dans l'abduction. Cette dernière position a été observée une fois par M. Gosselin (2), mais elle était intermittente et de très-courte durée. Dans ce cas, la contracture était surtout manifeste sur le grand fessier et le tenseur du *fascia lata.*

Presque toujours, comme le montrent la plupart des observations, le membre est dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans, et présente un raccourcissement apparent. Cette attitude du membre amène comme d'ordinaire une déviation du bassin et une courbure lombaire.

Les mouvements sont impossibles dans les accès douloureux, mais ils s'exécutent dans les moments de calme ; la marche est alors possible, mais avec une certaine claudication.

Cette maladie ne prend pas des proportions graves, elle reste

---

(1) Requin et Axenfeld. *Path. méd.*; t. IV, 1863, p. 625.

(2) R. Barwell. *Treatise of diseases of the Joints*, 1861.

(3) *Gaz. des hop.*, 1862.

stationnaire pendant plus ou moins longtemps, mais présente des accès dans lesquels la douleur et la contracture augmentent, puis des intervalles où ces symptômes sont moins prononcés.

La durée de la maladie est très-variable, elle peut durer des mois et des années, et forcer longtemps les malades au repos; c'est ce que prouve l'observation XI que je dois à l'obligeance de M. Charcot.

L'état général reste à peu près intact, la santé ne s'altère pas, on observe seulement de la faiblesse du membre, et parfois un certain amaigrissement de la hanche et de la cuisse.

La contracture hystérique de la hanche peut disparaître brusquement, sans rien laisser après elle, après avoir duré pendant des années; un jour, le malade se lève et marche, quand depuis plusieurs mois il était dans son lit. Dans d'autres cas, la douleur disparaît, mais il reste une rétraction musculaire due alors à une dégénérescence fibreuse, résultat de la contracture longtemps prolongée.

Peut-il survenir des lésions de l'articulation à la suite de cette maladie? Jusqu'ici, on n'avait jamais constaté ce fait, et les observations montrent des malades recouvrant la plénitude de leurs mouvements après trois ans de contracture, comme dans le cas publié par Robert. Cependant M. Brown Séquard a eu l'obligeance de me communiquer un cas qui semble prouver la possibilité d'une lésion articulaire consécutive. Il s'agit d'une malade chez laquelle Brodie avait diagnostiqué une contracture hystérique; M. Brown Séquard revit la malade cinq ans après, et il constata l'existence de douleurs et de craquements dans l'articulation; et dans l'opinion de ce savant, l'arthrite ne devait pas être attribuée à une coïncidence ou à un repos prolongé, mais à un trouble de nutrition par lésion nerveuse.

Quelle est la nature de la contracture que nous étudions? Elle se montre surtout sur des jeunes filles chloro-anémiques, sur des femmes nerveuses, hystériques, et est souvent accompagnée de névralgies; Verlaegh l'a observée sur un homme hystérique dont nous rapportons l'histoire plus loin; on conçoit donc que Brodie et ceux qui l'ont suivi aient été portés à considérer cette affection comme appartenant à l'hystérie, et comme n'étant qu'une névrose. D'un autre côté, on a constaté des lésions de la moelle et surtout de

ses enveloppes chez des malades atteints de contracture depuis de longues années. Il est donc permis de supposer que dans les hystéries anciennes les contractures permanentes tiennent, non à ce qu'on appelle généralement hystérie, mais à de véritables lésions organiques ayant leur point de départ dans la moelle ou dans ses enveloppes.

En résumé l'étude des symptômes nous montre que la contracture hystérique se rencontre sous deux formes, comme l'a établi M. Philipeaux.

1° La contracture avec extension du membre inférieur.

2° La contracture avec flexion et généralement adduction.

Nous avons vu en outre qu'elle peut se présenter dans deux conditions différentes.

1° La contracture hystérique, proprement dite, temporaire.

2° La contracture par altération fibreuse des muscles contracturés, permanente.

Cette longue discussion semble m'avoir entraîné un peu loin du diagnostic, cependant elle était indispensable pour montrer quelle pouvait être la nature de la contracture, et aussi pour éclairer sur le pronostic et le traitement; en effet, la dernière variété est incurable.

La contracture hystérique, dénomination que l'on doit conserver jusqu'à ce que de nouvelles recherches aient éclairé la question, peut être confondue avec la coxalgie (1); un examen attentif, l'emploi du chloroforme, qui permettra d'examiner l'articulation, lèveront tous les doutes. S'il s'agit d'une contracture permanente, l'état stationnaire de la maladie, l'absence de changements dans l'état général, la feront reconnaître.

Brodie a vu le gonflement de la hanche dans une contracture au début, faire croire à la formation d'un abcès; mais l'erreur ne fut pas de longue durée.

La rétraction des muscles peut simuler une luxation sur l'os iliaque; c'est une erreur de ce genre qui a été le point de départ des travaux de Bonnet sur les maladies de hanche; nous donnons cette observation à la fin de ce chapitre.

---

(1) *Soc. chir.*, 1865.

Pour distinguer une contracture hystérique d'une arthrite avec contracture musculaire, on étudiera les caractères de la douleur, puis on aura recours à l'anesthésie, qui permettra de constater l'état de l'articulation.

On a confondu la contracture hystérique avec les diverses contractures qui peuvent survenir au membre inférieur par altération du cerveau ou par altération unilatérale de la moelle comme dans une observation de M. Philipeaux.

Enfin, M. Philipeaux (1) cite les contractures musculaires simulées, que l'on observe quelquefois chez les individus qui veulent se faire exempter du service militaire, en accusant une coxalgie qui n'existe pas. M. Larrey a constaté plusieurs fois des faits de cette nature qu'il a facilement reconnus à l'aide de l'anesthésie.

Obs. IX. *Coxalgie hystérique* (2).—M. Verhaegh (d'Ostende) a observé un exemple de cette espèce de coxalgie chez un jeune homme de 15 à 16 ans très-bien développé et sujet à des attaques de chorée. A l'âge de 11 ans, il avait offert les premières atteintes de chorée, mais cette attaque légère n'avait duré que 3 mois. Seconde attaque à l'âge de 13 ans et troisième à 15 ans; celle-ci avait duré deux mois et les symptômes choréiques furent très-prononcés. A la même époque, le jeune homme avait eu de temps en temps des accès nerveux passagers, caractérisés par des mouvements convulsifs, avec perte de connaissance, se terminant généralement par des pleurs ou des rires immodérés. Pendant son séjour à Ostende, douleur à la hanche gauche accompagnée de claudication prononcée. M. Verhaegh est appelé, au bout de plusieurs jours, la marche était difficile et réclamait un point d'appui. Le malade fauchait en marchant. Tout le membre gauche était roide, mais on parvenait à fléchir les différentes articulations par des mouvements gradués. Il n'y avait du reste ni allongement ni raccourcissement du membre. Les mouvements imprimés à l'articulation n'étaient pas douloureux, mais il n'en était pas de même lorsqu'on la soumettait à la pression, le doigt même appuyé *légèrement* détermina une vive douleur et fit tomber le malade dans un accès caractérisé par les symptômes suivants : mouvements convulsifs des membres et des muscles du tronc, respiration bruyante, larynx saillant avec gonflement du cou, contractions convulsives incessantes des paupières, les autres muscles de la face restant en repos, pas d'écume à la bouche. Par moments, les mouvements convulsifs cessaient et les membres devenaient d'une roideur tétanique; dans ces

(1) Philipeaux, *loc. cit.*, p. 23.
(2) *Bull. de thérapeutiq.*, 1856, t. L, p. 185.

agitations, le malade faisait un mouvement brusque de tout le corps et d'un bond se couchait sur le ventre. Mouvements de hoquet bruyants, quelques paroles inintelligibles, enfin, après 4 ou 5 minutes, l'accès finit par des pleurs abondants. Le pouls, pendant ce temps, était resté calme, le malade s'habilla et put mouvoir la jambe malade. Une demi-heure après, il se promenait sans boiter. Le malade, quelques jours après, a vu revenir ses douleurs articulaires et sa claudication, bientôt elles ont cessé et il a pu prendre des bains de mer, conservant de temps en temps ses accès, qui ont fini par disparaître.

Obs. X. *Rétraction des muscles simulant une luxation sur l'os iliaque* (1).— Malado qui se plaignait de douleurs dans l'articulation coxo-fémorale, il y avait un gonflement général autour de cette articulation ; le raccourcissement était de 7 à 8 centimètres, la cuisse comme dans la luxation sur l'os des îles était légèrement fléchie et portée dans l'adduction et la rotation en dedans ; le grand trochanter s'élevait aussi haut que l'épine iliaque antérieure et supérieure; il faisait une saillie plus considérable que dans l'état ordinaire, etc... D'après ces symptômes, on aurait pu croire à une luxation sur l'os des îles; cependant la tête du femur occupait la cavité cotyloïde, et bien plus, l'articulation était parfaitement saine. Les lésions étaient bornées aux parties molles qui entourent la hanche, et les muscles fléchisseurs et adducteurs étaient rétractés.

Obs. XI. *Contracture hystérique du membre inférieur droit* (extrait d'une observation de M. Charcot).—C..., agée de trente-trois ans, entrée le 26 juin 1862 à l'infirmerie de la Salpêtrière. Il y a quatre ans la malade a été prise subitement de contractures dans le membre inférieur droit, et de roideur dans le membre supérieur droit : de plus, il y avait anesthésie complète du membre inférieur. Un an après le début, fourmillements, sensation de froid et contracture telle qu'elle existe aujourd'hui dans le membre supérieur droit. Puis en même temps que cette contracture du bras, la malade a été prise de trismus. Après trois mois, la contracture du membre supérieur droit cesse, la sensibilité y revient, il ne reste qu'un peu de faiblesse. Le trismus persiste et ne cesse que cinq mois après. A la fin de cette deuxième année, la malade qui jusqu'alors avait toujours eu la langue paralysée, la déglutition difficile, peut parler d'une manière intelligible; mais la contracture et l'anesthésie du membre inférieur droit persistent encore. Au bout de quinze mois la malade est assez forte pour marcher sans des béquilles et sortir de la Salpêtrière. —Après trois mois elle est prise d'une *hématémèse* (c'était la troisième fois depuis le début de la maladie) qui est suivie de la réapparition de la contracture du bras, mais l'anesthésie n'est pas revenue. La malade rentre à la Salpêtrière le 28 juin 1862.

État actuel 27 *septembre* 1862. — Etat de contracture générale des muscles de la hanche droite. Le membre est dans l'extension complète. Pied bot équin ; pas d'a-

---

(1) Bonnet, *Malad. des articulat.*, 1845, t. II, p. 306.

nesthésie cutanée; impossibilité complète de vaincre la contracture; on sent les muscles fortement contracturés. Soubresauts et douleurs vives dans le membre contracturé. Contracture dans le membre supérieur droit, mais à un degré moindre. Vomissements incoercibles ; pas d'anesthésie en aucun point du corps; menstruation régulière.

Cette femme est sortie des Incurables en 1865; à cette époque, son état était assez bon pour lui permettre du service à Lariboisière; depuis, elle marche sans boiter, et a repris des allures normales.

Dans cette curieuse observation, que je reproduis pour montrer la variété et la ténacité des contractures hystériques, la contracture du membre inférieur droit a duré près de sept ans et la malade a guéri. Dans une autre observation de M. Charcot, la contracture du membre inférieur avait duré trois ans et s'était également terminée par la guérison.

CHAPITRE IV.

DIFFORMITÉS DE LA HANCHE.

Nous réunissons dans un chapitre à part les difformités de l'articulation coxo-fémorale quel qu'en ait été le point de départ; elles forment un groupe qui présente des caractères permettant de le reconnaître des groupes voisins, mais souvent on est embarrassé pour distinguer les unes des autres les variétés de ce groupe.

Nous étudierons donc ici les luxations traumatiques anciennes, les luxations congénitales, les luxations spontanées et l'ankylose; à cette place devraient se trouver aussi les pseudarthroses survenues à la suite d'une fracture du col; mais nous n'avons pas cru devoir séparer leur histoire de celles des fractures.

Les *Pseudarthroses* présentent des caractères qui se retrouvent dans toutes les espèces; dans toutes, la fausse articulation peut se former dans les diverses positions que peut prendre la tête autour du cotyle; il en résulte des déformations, des attitudes vicieuses du membre, des différences de longueur apparentes ou réelles, de la claudication, de la gêne dans les mouvements, phénomènes qui rappellent ceux des luxations traumatiques.

I. Luxations traumatiques anciennes.

Les luxations anciennes du fémur ont été observées dans les quatre variétés de luxation; et, dans chacune, la situation de la tête et la position du membre étaient a peu près les mêmes que dans la luxation récente. Les mouvements spontanés et les mouvements communiqués, s'exécutent facilement, mais selon les variétés, il y a certains mouvements dont les limites sont plus res-

treintes, d'autres qui sont quelquefois plus étendus. Le membre est généralement raccourci, et comme le fait remarquer avec juste raison M. Lafaurie (1), la différence de longueur du membre est surtout apparente ; c'est la déviation du bassin qui produit la plus grande partie du raccourcissement ; la claudication varie avec l'étendue de ce raccourcissement. Si l'on examine quel est l'état du membre et des parties voisines, on constate qu'il y a presque toujours une atrophie plus ou moins prononcée. Hippocrate (2) avait très bien étudié ce fait dans les cas de luxation survenant avant le développement complet du squelette. Voici ce qu'il dit à ce sujet : « Mais à ceux qui ont la hanche luxée, c'est le « fémur plus proche de la lésion qui ne prend point son accroissement régulier, et qui devient plus court que celui de l'autre « côté. Toutefois, ni les os de la jambe ni les os du pied ne sont « empêchés dans leur développement, ce qui provient de ce que « la jointure du genou et du pied ont gardé leurs rapports naturels ; seulement, les chairs de tout le membre sont moins développées. Et si les blessés pouvaient se servir de leur membre, « les os prendraient plus d'accroissement encore (à l'exception « du fémur) et les chairs seraient mieux nourries, bien que toujours « beaucoup moins qu'au membre sain. » Il ne manque à cet exposé que l'arrêt de développement de la portion de membre supérieure à la luxation ; en effet, rien de plus frappant, dit Malgaigne, que l'atrophie de l'os iliaque dans les luxations du fémur.

En même temps que ces déformations du côté du membre et de la hanche on observe une déviation du bassin et une courbure de la colonne lombaire en rapport avec la variété de la luxation.

Les individus ayant une luxation ancienne peuvent le plus souvent faire de longues courses, quelques-uns même ont continué à se livrer à de durs travaux, sans éprouver de douleurs.

Les luxations traumatiques anciennes peuvent être confondues avec les fractures intra-capsulaires anciennes, dont nous avons

---

(1) Lafaurie, *Étude sur les luxations anciennes*, Th. Paris, 1869.
(2) Malgaigne, *Traité des fract. et des lux.*, t. II, 1855, p. 29.

donné les caractères, et avec les luxations congénitales ou spontanées. La *luxation congénitale* s'en distingue en ce qu'elle est souvent double, qu'elle est plus fréquente chez la femme et que le pied est tourné en dehors; mais surtout par la mobilité de la tête qui peut être écartée de l'os iliaque, tandis que dans la luxation traumatique ancienne la tête du fémur tout en étant mobile, n'est pas susceptible de déplacement bien marqué. La *luxation spontanée* se reconnaît à l'existence d'anciens trajets fistuleux ou de cicatrices.

II. LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE.

Sous ce nom on désigne un genre de luxation que l'on reconnaît au moment où l'enfant commence à marcher; elles ne sont accompagnées d'aucunes douleurs, et, d'après l'opinion généralement reçue, elles se forment pendant la vie intra-utérine. M. Verneuil a émis à la Société de chirurgie, en 1866, des idées différentes; sans nier les luxations congénitales, il admet que des déplacements peuvent se produire spontanément chez l'enfant, par paralysie des muscles pelvi-trochantériens. M. Broca a considéré le fait comme possible, mais non comme démontré; Malgaigne (1) admettait également la possibilité des luxations du fémur par paralysie, mais avec un épanchement de liquide dans l'articulation, ce qui explique peut-être mieux le phénomène.

Les luxations congénitales peuvent présenter les diverses variétés des luxations traumatiques, mais on n'observe guère que les luxations iliaques; les autres sont exceptionnelles. — En outre des caractères communs à tous les déplacements anciens du fémur, elles offrent des caractères propres qui permettent de les reconnaître.

Cette lésion est souvent héréditaire, s'observe fréquemment des deux côtés et est plus commune chez la femme.

Le raccourcissement est constant et augmente avec l'âge; le membre est plus volumineux à sa partie supérieure, plus grêle en bas, il présente un arrêt de développement en longueur et en

(1) Malgaigne, *Anat. chir.*, t. II, 1859, p. 762.

circonférence. La tête est située en arrière et au-dessus du cotyle. Le bassin est dévié et dans quelques cas rares il offre une déformation qui peut gêner l'accouchement. Les mouvements sont très-libres, souvent plus étendus en certains sens, mais l'abduction n'est jamais aussi complète que dans l'état normal, signe auquel M. Bouvier attache une grande valeur. La marche est facile, mais le malade boite; d'après M. Bouvier, quand la pseudarthrose est simple, le bassin bascule dans le sens latéral et s'abaisse à chaque pas du côté sain; les sujets rejettent le corps du côté opposé; la hanche de ce côté paraît s'élever.

La luxation congénitale se distinguera de la luxation traumatique ancienne par la connaissance des antécédents et par la mobilité plus grande de la pseudarthrose; elle se distinguera d'une ankylose incomplète succédant à une coxalgie ou d'une luxation spontanée, par l'absence de fistules, de cicatrices, par l'indolence continue et encore par l'exécution plus facile des mouvements.

Dans la *Phocomélie*, avec arrêt de développement du fémur, il y a toujours une atrophie si considérable que le doute n'est pas possible. — Si, comme cela a été observé par Paletta, il y a un arrêt de développement portant seulement sur la cavité cotyloïde ou l'extrémité supérieure du fémur, on aura une déformation qui est rangée en ce moment dans les luxations congénitales, dont il est du reste impossible de la distinguer sur l'enfant.

III. LUXATIONS SPONTANÉES DE LA HANCHE.

Les luxations spontanées ou consécutives peuvent s'observer à la suite des différentes variétés d'arthrites. Elles se produisent, comme Bonnet l'a établi, dans deux conditions différentes :

1° Quand le rebord cotyloïdien est érodé, usé, ce qui s'observe surtout à sa partie postérieure et supérieure; la tête trouvant le champ libre devant elle remonte peu à peu, sans cependant quitter tout à fait le cotyle; c'est probablement la variété la plus fréquente de déplacement à la suite de l'arthrite fongueuse; elle répond à la pseudo-luxation de Malgaigne.

2° Le rebord cotyloïdien est conservé ou peu altéré, mais les ligaments sont ramollis ou détruits; dans ce cas le déplacement

se fera par une violence quelquefois légère, mais enfin il sera subit, ce qui le distingue de la variété précédente; on observe ce fait dans les hydarthroses de la hanche, dans l'arthrite suppurée et aussi dans l'arthrite fongueuse. Mais, comme l'ont démontré MM. Gosselin, Larrey, Maisonneuve, ce déplacement est plus rare qu'on ne le croyait dans la coxalgie.

Les luxations spontanées du fémur peuvent s'observer dans les quatre variétés de déplacements de cet os, mais la plus fréquente est la luxation iliaque et c'est la seule dont nous dirons quelques mots.

L'enfoncement de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, quoique n'étant pas une luxation, trouve cependant naturellement sa place à côté des déplacements consécutifs des os. Dans ce cas la cuisse est dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors, puis il y a un raccourcissement réel qui, bien constaté, aidera au diagnostic; le toucher vaginal ou rectal donnera d'utiles renseignements.

Les symptômes de la luxation spontanée sur l'os des iles sont à peu près ceux de la luxation traumatique. Si la tête a conservé la plus grande partie de son volume, on la sentira sous le grand fessier, et elle présentera plus ou moins de mobilité, mais généralement moins que la luxation congénitale. Le membre est tourné dans la rotation en dedans; Bérard a observé un cas dans lequel il y avait rotation en dehors, ce que Bonnet attribue à la disparition de la tête. Les fistules, les cicatrices que l'on observe encore pourront indiquer au chirurgien quelle est l'origine du déplacement qu'il a sous les yeux; il sera très-difficile, parfois même impossible de reconnaître le déplacement consécutif à l'érosion du rebord cotyloïdien. Dans ce cas, Bonnet recommande de redresser le membre; le raccourcissement disparaissant on verra que la tête n'avait pas quitté la cavité.

IV. ANKYLOSE DE LA HANCHE.

L'ankylose de la hanche peut survenir après les traumatismes de l'articulation, après les différentes variétés d'arthrites; elle peut s'effectuer quand les os sont dans leurs rapports normaux, ou après les luxations; en un mot, dans toutes les variétés de

position du fémur dans les maladies de la hanche ; enfin l'ankylose est plus ou moins complète. Le plus souvent elle se fait, la cuisse étant dans une légère flexion avec abduction et rotation en dehors; mais on a vu le membre inférieur dans toutes les positions intermédiaires entre l'extension et la flexion la plus complète.

Dans l'ankylose, on ne constate pas de douleurs ; les muscles pelvi-trochantériens sont atrophiés; la cuisse n'exécute aucun mouvement sur le bassin et tous ceux qu'on cherche à imprimer au membre se transmettent aux articulations de la colonne vertébrale. Bonnet a fait remarquer que, selon que l'ankylose s'est faite dans l'abduction ou l'adduction, des mouvements de latéralité de la colonne vertébrale répondent aux mouvements d'adduction et d'abduction par lesquels on cherche à ramener le membre dans la direction de l'axe du bassin.

On reconnaîtra la fixité de l'articulation aux signes précédents, et on ne la confondra que rarement avec une contracture. Le moyen le plus puissant de diagnostic que l'on ait dans ce cas, c'est l'emploi de l'anesthésie ; la contracture cédera, l'ankylose restera.

CHAPITRE V.

MALADIES RARES DE LA HANCHE.

Dans ce chapitre nous rangerons certaines maladies ou lésions rares, dont les unes empruntent peu de caractères spéciaux à la région, dont les autres sont d'un diagnostic très-incertain; cependant il faut être prévenu de leur possibilité, et cette connaissance pourra être utile à un moment donné. Nous allons dire quelques mots des tumeurs de la hanche, de l'hypertrophie simple de la tête du fémur, et nous terminerons par les corps étrangers de l'articulation coxo-fémorale.

I. TUMEURS DE LA HANCHE.

Sans parler de toutes les tumeurs qui peuvent se présenter en cette région, des tumeurs fibro-plastiques, par exemple, dont M. Larrey (1) a observé un cas, je signalerai seulement les cancers et une observation intéressante de tumeur du grand trochanter.

§ 1. Cancers de la hanche.

Si nous parlons des cancers de la hanche, ce n'est pas qu'ils présentent en cette région des symptômes particuliers, mais parce que dans certains cas ils peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Il suffira le plus souvent d'être prévenu de la possibilité du fait pour ne pas tomber dans l'erreur; c'est ce que

(1) *Bull. Soc. anat.*, 27e année, p. 17.

prouve, du reste, le petit nombre des observations que l'on trouve dans la science. Je me contenterai de les indiquer. Si le cancer primitif de la hanche est rare, il n'en est pas de même du cancer secondaire.

Obs. XII. — M. Gosselin (1) a cité un cas d'ostéosarcome de l'extrémité supérieure du fémur qui fut pris pour une *coxalgie*, tellement les douleurs étaient vives dans l'articulation coxo-fémorale.

Obs. XIII (2). — Un homme de quarante-sept ans présente des tumeurs cancéreuses en divers points du corps. La tête du fémur gauche est hypertrophiée, ainsi que la lame osseuse qui forme le fond du cotyle ; le tissu osseux est infiltré de matière encéphaloïde, il y avait une *luxation spontanée*. (Présenté par Castelnau.)

Obs. XIV. — *Encéphaloïde ramolli du bassin et de la hanche, pris pour des abcès de la région.* — Obs. de Bérend (3). La cuisse était fortement fléchie ; autour de la hanche trois grosses tumeurs fluctuantes qu'on prit pour des abcès. On fit la *resection* et l'on trouva un encéphaloïde du bassin et de la hanche ; les prétendus abcès étaient des masses cancéreuses ramollies.

§ 2. ALTÉRATION KYSTIQUE DU GRAND TROCHANTER.

M. Ollier a rencontré sur un homme de quarante-cinq ans une tumeur fluctuante du grand trochanter, renfermant un liquide visqueux, filant et d'une transparence à peu près parfaite. Le liquide était contenu dans une cavité anfractueuse présentant des aiguilles et des arêtes osseuses en différents sens. Le malade guérit.

M. Ollier a bien voulu nous communiquer l'observation de ce malade.

Obs. XV. — *Altération kystique du grand trochanter.* — X..., âgé de quarante-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon en juillet 1866, salle Saint-Louis, n° 10, service de M. Ollier.

Affection de la hanche du côté droit dont le début remonte à sept ou huit mois et qui, depuis six semaines, condamne le malade à un repos absolu. L'extrémité supérieure de la cuisse est gonflée, douloureuse à la pression, surtout au niveau du grand trochanter. Le gonflement va en décroissant à partir de ce point. En bas, il empiète légèrement sur le tiers moyen de la cuisse. En haut et en arrière il

---

(1) Bonnes Th. Montpellier, 1860.
(2) *Bul. Soc. anat*, 18e année, p. 13.
(3) *Bul. Soc. chir.*, 1865, p. 33.

s'étend jusqu'à la crête iliaque; en dedans il est à peine appréciable. Rien du côté du pli de l'aine et de la fosse iliaque interne. Les petits mouvements imprimés à l'articulation ne sont pas douloureux; mais exagérés, le malade souffre; on le place dans la gouttière de Bonnet. Frictions avec l'onguent mercuriel belladoné. Cataplasmes de farine de lin. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et la tuméfaction ne tardent pas à diminuer; toutefois, les parties accessibles du grand trochanter restent toujours très-douloureuses à la pression. En outre le malade se plaint d'élancements à ce niveau. Autant qu'il était permis d'en juger, le grand trochanter du côté malade avait trois fois le volume de celui du côté sain. Pas de fluctuation franche, mais empâtement profond. Au bout de quelques jours, la fluctuation devient des plus évidentes, l'os paraît interrompu à ce niveau. Pas de crépitation papyracée. On ouvre avec le histouri . Il s'écoule un liquide visqueux, filant et d'une transparence à peu près parfaite. Le malade qui souffrait encore fut immédiatement soulagé ; un stylet introduit par l'ouverture permit de reconnaître l'existence d'une cavité anfractueuse avec des aiguilles et des arêtes osseuses dans différents sens. On continue l'usage des cataplasmes. Au bout de deux jours le liquide devient purulent; mais un peu plus tard, et malgré les injections détersives qu'on faisait matin et soir, le malade est pris de fièvre et de symptômes septicémiques. Un abcès se forme derrière le grand trochanter; on l'ouvre et il s'en écoule une grande quantité de pus ichoreux et fétide. Sur ces entrefaites, le malade est réclamé par sa famille; il retourne à la campagne, et trois mois après il était guéri. Au bout d'un an il marchait assez facilement avec un bâton.

II. HYPERTROPHIE SIMPLE DE LA TÊTE DU FÉMUR.

Nous n'entendons pas parler ici de l'hypertrophie que l'on observe quelquefois dans l'arthrite sèche (1) et qui peut être accompagnée de déformation de la tête et d'ostéophytes, mais bien d'une hypertrophie simple, régulière, par nutrition exagérée. Ce fait exceptionnel a été constaté par Hüter et Volkmann.

C. Hüter a montré récemment que dans les inflammations chroniques de la hanche chez les enfants, le col du fémur s'accroît rapidement par suite de l'afflux exagéré du sang, tellement que par ce seul fait le trochanter s'éloigne notablement de la ligne médiane. Volkmann (2) (de Halle) a observé la même chose, non plus dans l'arthrite coxo-fémorale, mais dans les inflammations

---

(1) *Bul. Soc. anat.*, 23e année, p. 315.—Obs. de M. Gubler.

(2) Die Hypertrophie des Schenkelkopfes in Folge local gesteigerter Ernährnung, in Berlines klinische Wochenschrift, 11 mai, 1868.

et suppurations péri-articulaires, et dans de semblables altérations de la tête du fémur. Il pense que les luxations spontanées attribuées par Rust au gonflement de la tête du fémur doivent avoir une même origine.

Voici les dimensions comparatives des deux têtes des fémurs prises par Volkmann chez un jeune homme de dix-huit ans présentant un abcès par congestion du côté droit; la capsule et la synoviale étaient parfaitement saines.

	A droite.	A gauche.
	c	c
Circonférence de la tête fémorale.	16,2	14,5
Longueur de la tête et du col..	9,6	9,0
Grand diamètre de la tête (d'avant en arrière). .	5,0	4,6
Grand diamètre de la tête (obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans).	5,6	4,6

La cavité cotyloïde droite offre un développement correspondant à celui de la tête; son diamètre vertical est moins profond que celui du côté gauche de 2 millimètres; d'où il résulte que la tête faisait une saillie notable hors du cotyle et se laissait facilement désarticuler.

Blasius (de Halle) a communiqué à Volkmann un cas de ce genre.

La possibilité de cette lésion doit être présente à l'esprit du chirurgien dans le diagnostic des maladies de la hanche chez les enfants ou les jeunes gens; elle peut favoriser certaines luxations et dévier le grand trochanter.

III. CORPS ÉTRANGERS DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE.

Cette lésion est tellement rare, que l'on a douté de son existence; néanmoins nous avons pu en réunir quatre observations. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* (1) en ont observé un cas. Foucher (2) a déposé au musée Dupuytren (n° 582) un corps

(1) *Compend. de chir.*, t. II, 1851, p. 478.
(2) *Diction. de méd. et de chir. pratiq.*, t. III, 1865, p. 355.

étranger fibreux occupant l'arrière-fond du cotyle; Béraud (1) a présenté à la Société de biologie un corps étranger cartilagineux de l'articulation de la hanche.

Enfin l'observation la plus remarquable est due à M. Cruveilhier (2). Il s'agit d'une jeune femme qui, à la suite d'une chute sur le grand trochanter, éprouva pendanf dix ans des douleurs dans la hanche et de la gêne dans les mouvements; à l'autopsie, on trouva dans l'articulation coxo-fémorale une quinzaine de petits corps cartilagineux libres, aplatis, que M. Cruveilhier considéra alors comme détachés du cartilage articulaire.

On n'a pas observé jusqu'ici de symptômes permettant de reconnaître cette lésion sur le vivant.

---

(1) *Soc. biologie*, 1851, p. 27.
(2) *Arch. gén. méd.*, t. IV, p. 165.

TABLE DES MATIÈRES.

Avant-propos 3

PREMIÈRE PARTIE.

Anatomie chirurgicale et physiologie. 7
Chapitre I. Anatomie chirurgicale. 8
I. Conformation extérieure de la hanche. 8
II. Situation et rapports des os. 9
Chapitre II. Physiologie. 13
I. Mouvements de l'articulation coxo-fémorale. 13
II. Mouvements du bassin. 14

DEUXIÈME PARTIE.

SÉMÉIOLOGIE GÉNÉRALE DES MALADIES DE LA HANCHE.

Chapitre I. Symptômes physiques 15
I. Déformations du membre. 15
1° Déviations dans la direction du membre 15
2° Différences de longueur. 20
Procédés de mensuration. 24
3° Changements de volume. 27
II. Déformations de la hanche. 29
Abcès de la hanche.—Fistules de la région de la hanche. 30
Chapitre I. Symptômes fonctionnels. 32
Douleur. — Contracture. — Claudication. 32

TROISIÈME PARTIE.

Maladies de la hanche. 38
Chapitre I. Maladies traumatiques. 39
Plaies. Contusion. Fractures. Disjonction épiphysaire. Entorse. Luxations. 39
Chapitre II. Maladies inflammatoires. 56
I. Inflammation des parties molles. 56
Rhumatisme. Eschares. 57
II. Inflammation des parties osseuses. 58
Ostéite du grand trochanter. Ostéite juxta-épiphysaire, etc. 59
III. Arthrites. 63
A. Arthrites aiguës. 64
B. Arthrites chroniques. 67
1° Arthrite fongueuse. Coxalgie. 67
2° Arthrites rhumatismales chroniques. Arthrite sèche. 80
3° Darthrose 84
Chapitre III. Contracture hystérique de la hanche 88
Chapitre IV. Difformités 95
Pseudarthroses, ankyloses. 95
Chapitre V. Maladies rares. 101
Tumeurs, altération hystique du grand trochanter, hypertrophie de la tete du fémur, corps étrangers articulaires. 101

Paris. — Imprimerie de Cusset et Ce, rue Racine, 26.